Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES, SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
TRANSACTIONS MÉDICALES;
JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES ETC;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE;
LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HÔPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME DOUZIÈME.

LONDON,
DULAU ET C°, 37 SOHO-SQUARE;
EDINBURGH, BY CHARLES SMITH;
CAMBRIDGE, DEIGHTON; DUBLIN, HODGES AND SMITH; MANCHESTER, ROBINSON; OXFORD, PARKER; BELFAST, JOHN HODGSON
NOTTINGHAM, DEARDON.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

(AOUT 1833.)

RECHERCHES

MÉDICO-ANATOMIQUES

Sur une affection catarrhale épidémique très-grave,

Par M. Dubreuil,

Professeur et doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Une affection épidémique catarrhale très-grave a régné dans le grand hôpital de Montpellier. Cette affection, aussi curieuse sous le rapport pathologique que sous celui de ses caractères anatomiques, a présenté les phénomènes suivans :

Elle a attaqué presque exclusivement les militaires de la garnison. Son début était marqué par une courbature générale, un brisement de tout le corps, des éternuemens répétés, la toux, des frissons vagues entrecoupés de chaleur, et le reste de symptômes des affections catarrhales. La fièvre s'accroissait rapidement et avec elle la toux, la gêne de la respiration, l'abattement faisaient aussi des progrès rapides. A cette époque, une éruption de plaques écarlates, une véritable scarlatine, enfin, éclatait à la surface de la peau, principalement sur la moitié supérieure du corps. Sous son influence, la respiration devenait plus facile et les forces paraissaient se relever; mais au bout de vingt-quatre heures, quelquefois de quelques heures seulement, cette éruption disparaissait entièrement. Alors aussi la fonction respiratoire se troublait de plus en plus, la face se gonflait et devenait livide, le pouls s'effaçait, et la mort ne tardait pas à survenir au milieu des symptômes d'une véritable asphyxie. Contre cette terrible affection, on fit usage de toute espèce de méthode curative. Le plus grand nombre des malades succombèrent, malgré les secours réunis des soins les plus empressés et de la thérapeutique la plus rationnelle. Sous le rapport anatomique, cette affection n'était pas moins remarquable.

C'est dans la muqueuse tapissant la continuité des voies aériennes que l'on trouvait les altérations cadavériques qui, à quelques modifications près, étaient de même nature.

Les traces matérielles d'un état phlegmasique sur-aigu de la muqueuse ne pouvaient se méconnaître au larynx; la membrane qui la tapisse, injectée, colorée en rouge, tuméfiée, se séparait aisément des parties auxquelles elle adhère. Rarement elle était ulcérée; sur deux sujets seulement, nous avons constaté des ulcérations. Le plus souvent, il existait une différence assez tranchée dans l'aspect que présente la muqueuse de la trachée-artère, considérée dans sa moitié supérieure ou dans sa moitié inférieure : la première s'écartait peu de l'état normal, la portion inférieure s'en distinguait par une couleur rouge foncé de la membrane qui résistait à une immersion prolongée; le défaut de cohésion permettait de séparer la muqueuse de la tunique albuginée sous-jacente, et surtout vers la région postérieure de la trachée-artère, à l'endroit de l'interruption des cerceaux incomplets. Une couleur rouge insolite ne s'étendait pas seulement aux membranes muqueuse et albuginée des conduits aériens, mais, sur la plupart des sujets, elle se propageait aux cerceaux incomplets de la trachée-artère, et devenait d'autant plus sensible qu'ils étaient moins éloignés de l'origine des bronches : ainsi, c'était les cinq ou six derniers cerceaux trachéaux sur lesquels on distinguait surtout la teinte rouge, et je dois noter que celle-ci n'était pas bornée au périchondre, mais qu'elle pénétrait dans le cartilage. Je ne saurais mieux comparer l'apparence extérieure qu'offraient les anneaux de la trachée, qu'en les rapprochant des cartilages d'ossification recevant une quantité plus considérable de sang au moment où ils vont passer à l'état osseux. La coloration plus ou moins prononcée de la trachée pouvait, *à priori*, faire soupçonner l'intensité de l'inflammation que l'on devait trouver dans la membrane bronchique. Un liquide écumeux, blanchâtre ou sanguinolent, tapissait la membrane qui constitue la partie postérieure de la trachée-artère.

C'était surtout sur les bronches, spécialement sur leur membrane muqueuse, que les altérations étaient évidentes. Ces altérations étaient d'autant plus marquées, qu'on suivait plus profondément les ramifications bronchiques. Elles envahissaient les deux poumons; et, dans chacun, comme on va le voir, elles occupaient tout le champ de la respiration. Un changement brusque de couleur se remarquait entre les muqueuses trachéale et bronchique, à leur naissance : la première était beaucoup moins foncée, tandis que la seconde avait une teinte violette qui, à mesure

qu'on se rapprochait de la terminaison des conduits aériens, des ampoules ou vésicules pulmonaires, devenait d'un noir foncé, sans que l'on pût soupçonner un état gangréneux. Le gonflement de la muqueuse dans la continuité et la profondeur des voies aériennes était tel, qu'il y avait diminution évidente dans leur cavité.

J'ai mesuré sur trois cadavres les deux bronches à leur origine : la droite, qui terme moyen, a au moins un demi-pouce de large, offrait, sur un sujet, un rétrécissement de quatre lignes, et de trois sur les deux autres. La gauche avait, sur les mêmes individus, perdu de deux lignes à deux lignes et demie dans sa largeur, c'est-à-dire qu'au lieu de huit lignes de large, elle était réduite à cinq lignes et demie ou six lignes. La muqueuse bronchique, ramollie et séparée des parties qu'elle recouvre, était comme formée d'un lacis d'arborisations capillaires. En râclant légèrement avec le manche d'un scalpel, ou même par le seul frottement avec un linge sec; on détachait des lambeaux de l'épithelium muqueux et des portions du corion. La muqueuse, enlevée dans une certaine étendue et desséchée par son exposition à un air sec, permettait encore d'apercevoir le réseau capillaire dont elle était injectée. Comme pour les cartilages trachéaux, une coloration rouge se remarquait à toutes les parties solides des bronches; et même cette teinte semblait encore plus identifié, pour ainsi dire, avec l'organisation cartilagineuse. A l'origine des tuyaux bronchiques se trouvait un fluide écumeux d'autant plus abondant qu'on se rapprochait davantage de la base des poumons. Sur quelques sujets, en petit nombre, il est vrai, on trouvait dans l'intérieur des bronches un sang noir mêlé de bulles d'air et adhérant à la muqueuse. J'étais curieux de m'assurer si la phlegmasie avait envahi les dernières ramifications des bronches, ou si elle s'était arrêtée; si elle avait éprouvé quelque modification en l'endroit où la texture cartilagineuse de ces conduits cesse, pour être remplacée par un tissu scléro-muqueux; d'ailleurs, pour apprécier la texture pulmonaire, même à l'état hygide, pour saisir l'intrication des diverses parties qui concourent à la formation des poumons, ce n'est point assez d'étudier ces organes seulement à l'état frais; en vain chercherait-on, alors, en poursuivant un canal aérien, à se faire une idée de son mode de terminaison; j'ai donc eu recours au procédé employé par plusieurs anatomistes, entre autres par M. Magendie (1). J'ai insufflé les poumons par les tuyaux bronchiques; et après avoir placé des ligatures pour prévenir l'issue de l'air, je les ai exposés à un courant d'air sec : trois jours après, quoiqu'ils ne fussent pas aussi distendus qu'ils l'étaient au moment de l'insufflation, et qu'ils fussent même racornis dans quelques parties, je divisai les poumons par tranches et dans le sens de leur diamètre longitudinal; les cellules bronchiques, terminaison des conduits aérifères, étaient de forme tantôt ovoïde, tantôt triangulaire; elles semblaient avoir perdu leur capacité naturelle, en raison de l'épaisseur accrue de leurs parois membraneuses; celles-ci n'étaient pas transparentes; mais d'une couleur bleue assez foncée; cependant elles résistaient au point de soutenir une colonne de mercure assez forte que j'introduisis par les bronches. Sur deux sujets, le métal ne put parvenir à l'extrémité des conduits aérifères; en les ouvrant avec précaution, je m'aperçus que l'obstacle mécanique qui arrêtait la colonne de mercure était le résultat d'un corps organique de forme globuleuse, exactement moulé sur l'ampoule bronchique qu'il remplissait et dont il avait dilaté la cavité. J'incisai successivement plusieurs bronches, et je reconnus partout la même disposition; elles étaient à leur terminaison obturées par un amas de la même substance. J'acquis la certitude qu'il n'y avait point de rupture des cellules aériennes, et, par conséquent, pas d'emphysème pulmonaire; les globules de mercure étaient contenus dans de petites cavités, isolées par des cloisons affectant des directions variées.

Une circonstance sur laquelle je dois insister, parce qu'elle est très-importante, c'est que la totalité des bronches, pour le poumon droit comme pour le gauche, était le siége d'une phlegmasie d'autant plus intense, qu'on examinait plus profondément les conduits aériens; l'exsiccation, la macération des organes pulmonaires, plus ou moins prolongées, démontraient toujours l'altération de la membrane muqueuse.

Dans les nombreuses autopsies cadavériques, le parenchyme pulmonaire était toujours dans l'état sain, partout crépitant, bien que ne contenant que peu d'air, les poumons étaient distendus par une grande quantité de sang noir, séparés du corps ils s'affaissaient peu, parce que leur volume était dû au sang qui distendait leurs vaisseaux. La couleur extérieure des poumons était noire, moins souvent d'un bleu ardoisé; j'avoue que sur quelques cadavres, en les examinant à la partie postérieure et près de l'insertion des bronches, je crus, par le toucher, reconnaître cette espèce d'engouement qui précède les engorgemens pneumoniques; mais l'immersion de ces parties pulmonaires, la pression pour en extraire le sang, ne me permirent pas de douter qu'ils ne fussent perméables à l'air, et que la manière dont les cadavres étaient placés sur le dos était la cause de la stase sanguine qui m'en avait imposé.

Les veines pulmonaires étaient gorgées d'un sang coagulé, tandis que les artères n'en contenaient qu'une petite quantité, ici le liquide n'avait aucun des caractères qui distinguent le sang artériel. Les cavités droites du cœur étaient distendues par des masses fibrineuses le plus ordinairement noires, quelquefois décolorées; quant à l'oreillette et au ventricule gauche, on y voyait des caillots, moins abondans qu'à droite, mais ayant absolument le même aspect et la même consistance.

C'était dans la poitrine qu'existait uniquement le siége du mal; cependant, sur tous les sujets, on n'en explora pas avec moins d'attention les autres cavités. Les vaisseaux du cerveau étaient dans un état d'engorgement. La muqueuse des voies digestives n'a pas montré de lésion qui mérite d'être rapportée; elle avait partout une teinte bleu ardoisé, qui était due à l'état de congestion du système veineux sous-muqueux. Les viscères parenchymateux de l'abdomen, le système

(1) Voir *Journal de Physiologie expérimentale*, t. 1. Mémoire sur la structure de l'homme.

de la veine-porte ont fixé notre attention par la grande quantité de sang qui les distendait.

Quelle induction, enfin, tirer de nos observations d'anatomie pathologique, et jusqu'à quel point peuvent-elles rendre raison des phénomènes morbides ?

Par suite d'un principe particulier miasmatique, éminemment contagieux et dont il faut se borner à constater les effets, une rougeole anormale sévit sur une certaine masse d'individus placés dans les mêmes circonstances. Les signes de la phlegmasie muqueuse, qui précèdent et accompagnent ordinairement la rougeole, deviennent ici d'une intensité alarmante. La bronchite est suraiguë, et le danger qu'elle entraîne est aussi relatif à l'espace qu'elle occupe, puisqu'elle se propage à la vaste étendue des voies aériennes. Qui ne voit, dans la violence et l'extension de la bronchite, la raison pour laquelle l'éruption rubéoleuse de la peau a été incomplète, irrégulière, qu'elle a avorté, pour ainsi dire ? C'est sur la muqueuse trachéale et bronchique que le principe spécifique ou particulier de la rougeole a porté, a épuisé son action. Une analogie frappante, quant à l'organisation et même à l'exercice des fonctions, existe entre la peau et les membranes muqueuses, que l'on a appelées avec raison le tégument interne, la peau du dedans. Une solidarité physiologique, aussi bien que pathologique, se remarque entre les systèmes cutané et muqueux. Ici la bronchite est devenue la maladie principale; c'est elle qui a entraîné la mort. La bronchite, peu grave pour l'ordinaire, parce qu'elle se borne à quelques tuyaux bronchiques, a brusquement envahi la continuité des voies aériennes, et, comme on l'a remarqué, c'est à leurs extrémités, au point de leur terminaison, là où l'air est surtout en rapport avec le sang artérialisé, qu'elle a développé le plus d'intensité. L'affection est limitée exactement à la membrane qui tapisse les bronches, et elle n'envahit pas le parenchyme pulmonaire. L'application du stéthoscope sur la majeure partie des individus atteints de l'épidémie et aux diverses périodes de la maladie, a fait distinguer, même à l'oreille la moins exercée, le râle muqueux. L'exploration attentive de la respiration, surtout dans le commencement de l'affection, a fait soupçonner que le poumon droit est affecté plus gravement et plus profondément que le gauche; néanmoins, à la nécropsie, les désordres sont les mêmes. Ne peut-on trouver la cause de cette illusion dans le volume plus considérable du poumon droit ?

Sensiblement diminués dans leurs cavités par l'engorgement, l'épaississement de leur membrane muqueuse, les conduits aériens obturés, même dans leurs dernières ramifications chez quelques sujets, ne livraient plus que difficilement passage à l'air, qui était non-seulement en moindre quantité, mais qui était encore altéré par un mélange insolite avec des mucosités épaisses et souvent sanguinolentes: ainsi, diminué dans sa quantité et altéré dans sa qualité, l'air n'était plus propre à imprimer au sang les qualités nécessaires pour se métamorphoser en sang artériel; de là cette dyspnée continuelle qui formait un des symptômes les plus saillans de la maladie. Les malheureux qui en ont été victimes périssaient comme par une sorte d'asphyxie prolongée, assez semblable à celle qui arrive par la submersion. L'examen des poumons et du cœur présentait les apparences anatomiques qu'on rencontre sur les cadavres des asphyxiés. Nulle différence, au moins physiquement appréciable, entre le sang contenu dans les veines et celui beaucoup moins abondant que renfermaient les artères.

Telle est la succincte application du résultat des recherches cadavériques aux symptômes qui caractérisaient la maladie. Les détails anatomiques ne démontrent ici, d'une manière réelle, qu'une altération locale étendue; ils ne peuvent rendre raison des sympathies morbides, des lésions vitales, de cet état général qui par lui-même peut occasioner la mort. Plus exiger de l'anatomie morbide, c'est méconnaître ses limites, c'est substituer l'hypothèse au positif, qui est le caractère principal de cette science.

TRAITEMENT

DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE PAR LES MOUCHETURES.

MM. Lawrence et Dobson sont les auteurs de cette méthode, dont l'origine remonte déjà à 1829, mais à laquelle M. le docteur Brigt vient récemment d'ajouter le poids de son autorité et l'appui de ses propres recherches. Elle consiste à pratiquer avec une lancette un grand nombre de très-petites mouchetures (plus d'une centaine et même plus d'un millier, suivant M. Dobson), sur la surface envahie par l'éruption érysipélateuse, et à faciliter l'écoulement du sang à l'aide d'une éponge imbibée d'eau tiède. La même opération doit être répétée deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, selon le degré d'inflammation de la partie affectée.

Afin de mettre nos lecteurs en état de juger par eux-mêmes de la manière dont on doit y procéder, nous emprunterons aux dix observations citées par le Docteur Brigt les deux faits suivans, que nous avons surtout remarqués :

1° Un jeune homme de vingt-six ans, convalescent d'une pneumonie dont il avait été guéri au moyen des saignées, des sangsues et de la solution de tartrate d'antimoine, fut atteint, le 19 juillet, d'un érysipèle facial. L'éruption commençant au nez s'étendit à toute la face et au cuir chevelu. Le 23, l'érysipèle avait gagné la muqueuse du nez et de la bouche, et offrait un aspect d'autant plus menaçant que le malade venait d'être pris de délire au milieu de l'affaiblissement profond causé par la maladie antérieure. On pratiqua deux fois des mouchetures à l'aide de la lancette sur le siége de l'érysipèle, on fomenta le cuir chevelu, le front et la face, afin d'obtenir le dégorgement de ces parties. Après cette opération, le soulagement fut très-marqué, le délire cessa, et l'inflammation diminua. La même opération fut répétée le lendemain; en outre, un ou deux jours après, on appliqua un vésicatoire à la nuque, pour combattre le délire qui avait reparu, quoique l'inflammation externe fût dès lors beaucoup moindre. A dater de ce moment, les symptômes se relâchèrent de plus en plus, et l'on put recourir à de légers toniques.

2° Un homme, âgé de trente-huit ans, affecté d'un rhumatisme qui, après s'être alternativement promené d'une articulation à l'autre, avait pris le caractère chronique; on commençait à obtenir quelque soulagement de l'emploi du sirop de salsepareille, lorsque, le 7 mars, après quelques symptômes fébriles, de la céphalalgie, du dégoût, une inflammation érysipélateuse se développa à la face. (Saignée de huit onces avec ventouses scarifiées à la nuque, pilules de coloquinte et de calomel, gr. v, julep avec acétate d'ammoniaque et vin d'ipécacuanha.) Le 10 mars, la maladie s'étendit sur la face, mais sembla peu intense. (Même prescription; potion avec du séné.) Le 14, délire durant la nuit, face très-rouge et gonflée. (Vésicatoire entre les épaules, mercure et carbonate de chaux, gr. v; après 4 heures, deux onces d'huile de ricin, mixture saline). On pratique les mouchetures sur toutes les parties enflammées. Le 17, l'opération est répétée trois fois avec un plein succès. L'inflammation de la face diminue rapidement, mais il reste une légère tendance au délire. (Mercure et carbonate de chaux, gr. v; ensuite deux onces d'huile de ricin.) Le 24, le malade marche, la face est parfaitement guérie; il n'y a point d'abcès et presque aucune trace de maladie, l'affection rhumatismale diminue rapidement.

TRAITEMENT

DE LA SYPHILIS PAR LA DÉCOCTION DE ZITTMANN.

Le décocté de Zittman est non moins célèbre et plus souvent employé par les médecins allemands que ne le sont chez nous le rob de Laffecteur et autres préparations analogues dont l'efficacité n'est point douteuse dans les cas de syphilis invétérée. Ce remède important se prépare de la manière suivante :

Racine de salsepareille incisée,	12 onces.
Eau de fontaine	48 livres.

Faire macérer pendant vingt-quatre heures dans un vase d'étain, puis ajouter dans un nouet :

Sucre d'alun (1),	1 et 1/2 once
Protochlorure de mercure,	4 dragmes.
Sulfure d'antimoine sublimé,	1 dragme.

Faire bouillir jusqu'à ce qu'il ne reste plus que seize livres de liquide; ajoutez vers la fin de la décoction :

Feuilles de séné,	3 onces
Semences d'anis,	de chaque 4 dragmes.
Id. de fenouil,	
Racine de réglisse,	

(1) Ou poudre styptique de Mynscht, composée de : sang dragon, 2 dr.; et sulfate d'alumine et de potasse, 4 dr.

Modérer l'ébullition, puis passer et étiqueter la colature : *décocté fort.* Ajouter au résidu :

Racine de salsepareille incisée,	6 onces.
Eau de fontaine,	48 livres.

Faire bouillir comme précédemment et ajouter vers la fin :

Ecorce de citron,	de chaque 3 dragmes.
Canelle,	
Petit cardamome,	
Racine de réglisse,	

Passer et étiqueter la colature : *décocté doux.*

Le premier jour, le malade prend une purgation; le matin des jours suivans, il prend un demi-litre de *décocté fort*, boit chaud et garde de lit. L'après-midi, il boit un litre de *décocté doux*, et le soir un demi-litre de *décocté fort*, ces deux derniers froids. Il continue de cette manière pendant quatre jours. Le cinquième, purgation. Il reprend l'usage des deux décoctés pendant quatre jours; puis enfin il se purge. S'il n'est pas entièrement guéri, il recommence le traitement après huit jours de repos.

Sans un régime convenable, cette énergique médication ne saurait obtenir tous les résultats qu'on en attend. Aussi le docteur Cramer, médecin à Rastadt, a-t-il publié à ce sujet, dans le journal de Hufeland, des considérations pratiques et des observations dont voici le résumé.

De toutes les préparations mercurielles, il n'en est aucune dont on retire plus d'avantages que de celle-ci, lorsqu'on sait l'employer à propos et aider son action par un régime approprié. Pour obtenir une guérison durable, il faut le continuer encore quelque temps après l'emploi de la décoction. L'observation suivante le prouve. Un jeune homme portait au gland un chancre accompagné d'un engorgement douloureux de la partie dorsale de la verge et des glandes de l'aine. Traité par les frictions mercurielles, la décoction sudorifique et le mercure soluble de Hahnemann, il parut guéri; mais, quatre ou cinq semaines après, quatre ulcérations se formèrent dans la gorge, et une syphilide couvrit tout le corps du malade. La décoction de Zittmann fut administrée. Néanmoins la syphilide augmenta, et un ozène avec oblitération presque complète des narines survint. Quoiqu'on administrât le mercure sous des formes variées, les accidens s'accrurent, le palais se perfora, et tous les accidens de la cachexie mercurielle se montrèrent. Alors on mit le malade au régime de quatre onces de pain et quatre onces de viande par jour et à l'usage de la décoction. Au bout de vingt-huit jours, l'ouverture du palais avait considérablement diminué, et le jeune homme, qui avait été pendant neuf mois sous l'influence de traitemens mercuriels, se rétablit parfaitement.

Sans contredit, la décoction de Zittmann a contribué pour beaucoup à la guérison de ce malade; mais si l'on remarque qu'employée d'abord seule, elle n'avait produit que des résultats insuffisans, on devra attribuer une très-grande part dans le succès au régime suivi pendant tout le cours du traitement.

CHIRURGIE.

—

CONSIDÉRATIONS

PRATIQUES SUR LA CYSTOTOMIE SUSPUBIENNE,

Par le docteur CIVIALE.

Il est généralement reconnu aujourd'hui que la taille suspubienne est moins grave et moins difficile qu'on ne l'avait pensé. Cependant il est un accident qu'elle occasionne souvent, et contre lequel les ressources de l'art sont presque toujours insuffisantes : je veux parler de l'infiltration d'urine. Toutes les opérations cystotomiques peuvent être suivies de dépôts urineux dans les tissus qui avoisinent ordinairement la plaie; mais cet accident est surtout à redouter après la taille suspubienne. Les moyens connus de le prévenir ou de le combattre sont inutiles ou insuffisans. Jusqu'à ce jour, les chirurgiens ont eu la douleur de voir succomber un grand nombre de sujets par suite des désordres que produit l'urine épanchée dans l'excavation pelvienne.

J'ai cherché à préciser les signes qui le caractérisent, à tracer sa marche, et à déterminer les moyens qu'on peut lui opposer avec succès, aux différentes périodes de son développement.

Dans le siècle dernier, on établit comme précepte de pratiquer une incision préalable au périnée, dans le but de placer plus facilement la sonde à dard dans la vessie, et aussi afin de favoriser l'écoulement des liquides après l'opération. Cette incision, connue sous le nom de boutonnière, est aujourd'hui rejetée, parce qu'elle est inutile pour l'introduction et le placement de la sonde à dard, et parce qu'elle ne remplit qu'imparfaitement la deuxième partie du but qu'on se proposait. En effet, la canule qu'on place dans la boutonnière commence à fatiguer les malades du quatrième au sixième jour, et les désordres qu'elle produit sont tels, qu'on est forcé de la retirer, d'autant plus que l'urine cesse alors de suivre cette voie, et qu'elle sort presque exclusivement par la plaie hypogastrique. Cette dernière, de vive et rosée qu'elle était, devient alors terne, blafarde, boursouflée, douloureuse; ses bords se tuméfient, une sensibilité excessive se manifeste dans la verge, le périnée, le pubis, et la partie inférieure de la partie hypogastrique. Un malaise général avec fièvre, insomnie, sont les signes par lesquels se décèle au début l'infiltration urinaire dans le tissu cellulaire qui avoisine la plaie, spécialement derrière le pubis.

A la boutonnière et à l'emploi de la canule, on a substitué l'usage d'une sonde flexible, qu'on place dans l'urètre, et qui fournit souvent un libre cours à l'écoulement des urines; mais il est des cas dans lesquels la sonde a tous les inconvéniens de la canule. Les premiers jours l'urine s'écoule par cette voie d'une manière facile et régulière; le malade en est à peine incommodé; mais vers le quatrième jour, la plaie change de couleur; elle est baignée par une quantité d'urine, le malade se plaint d'un malaise général, la sonde le fatigue; l'urètre, le pubis, le périnée deviennent sensibles, douloureux au toucher; une matière puriforme s'écoule par l'urètre: bientôt l'urine cesse de couler par la sonde, quoique celle-ci ne soit ni bouchée ni déplacée; toute tentative pour rétablir le cours de l'urine par cette voie devient inutile, et l'exaspération des symptômes locaux et généraux met bientôt dans la nécessité de retirer l'instrument.

Ainsi, la canule dans la plaie du périnée, et la sonde dans l'urètre, produisent les mêmes résultats fâcheux, et cessent de remplir le but qu'on s'était proposé, sans qu'on puisse trouver une explication de ce fait. C'est contre les lois de la physique que l'urine, en arrivant dans la vessie, passe par la plaie de l'hypogastre, au lieu de suivre la voie que lui fournissent la sonde, et surtout la canule située sur un plan plus déclive. Je laisserai là l'explication pour m'occuper du fait. Dans ces différens cas, l'infiltration de l'urine a commencé; un travail inflammatoire se prépare dans l'excavation pelvienne; il devient urgent d'en arrêter les progrès. Dans quelques cas, il suffit de retirer la canule ou la sonde, et de laisser l'urine sortir librement par la plaie de l'hypogastre; mais il faut observer attentivement le malade et suivre pas à pas la marche de l'accident, explorer le rectum, le périnée, le pubis, surtout la racine des corps caverneux, exercer des pressions méthodiques dans la région hypogastrique, spécialement du côté des aines. On voit alors sortir avec l'urine, surtout lorsque celle-ci a cessé de couler, une matière purulente; la plaie s'améliore, le malaise général a considérablement diminué, le périnée, le pubis et l'urètre sont moins douloureux au toucher. Cette amélioration locale et générale survenue à la fin du premier ou du deuxième jour fait présager une issue favorable : le développement de cette amélioration donne la certitude d'une guérison retardée, mais à peu près certaine.

Observation.

M. Delance, de Madrid (Espagne), adulte, d'une constitution sèche, très-irritable, éprouvait depuis quelques années les douleurs de la pierre. Elles avaient été progressives, et le malade ne s'était décidé à se soumettre à une opération que par la violence et l'opiniâtreté qu'elles avaient acquises. La pierre était volumineuse; je m'assurai, par un essai de lithotritie, qu'elle était dure. Ces diverses circonstances, réunies à l'irritabilité de l'urètre qui se trouvait en outre rétréci en plusieurs endroits, et à la mobilité physique et morale du malade, me firent penser que l'application de la lithotritie ne serait pas sans inconvéniens; que, dans tous les cas, le traitement serait fort long; d'un autre côté, le malade se trouvait dans des conditions favorables à la réussite de la cystotomie suspubienne. Celle-ci fut donc proposée et pratiquée le 10 août 1830. elle n'offrit rien de particulier sous le rapport de l'incision; mais une contraction forte des muscles sterno-pubiens rendit l'extraction de la pierre longue et difficile : l'opération dura environ cinq minutes.

L'urètre avait été préparé convenablement; aussi le malade supporta sans peine la présence de la sonde : l'urine s'écoula par cette voie; la plaie fut à peine humectée pendant les cinq premiers jours; mais le malade commença à cette époque à éprouver un ma-

laise général, qu'il attribua à la présence de la sonde; le périnée, l'hypogastre, le pubis, la verge devinrent douloureux, et la plaie terne : un léger écoulement se faisait entre la sonde et le canal. Ces changemens indiquaient un travail morbide dans l'excavation pelvienne; mais les accidens n'étaient pas assez avancés pour exiger sur-le-champ l'emploi d'un moyen énergique. La présence de la sonde me parut être la cause principale des désordres; en effet, ils diminuèrent aussitôt qu'elle fut retirée. C'était le sixième jour de l'opération. J'avais peu de chose à redouter du passage de l'urine par la plaie, le ventre n'était pas douloureux; on pouvait exercer des pressions temporaires assez fortes pour faire sortir par la plaie la matière purulente qui s'accumulait dans son trajet, et surtout vers le col de la vessie. Les pansemens étaient répétés soir et matin, et chaque fois il sortait une grande quantité de pus. A la fin, la suppuration diminuant, j'essayai d'introduire la sonde derechef, le malade ne pouvant la supporter, je n'insistai pas : l'urine continua de passer par la plaie jusqu'à ce que celle-ci fût réduite à une très-petite ouverture, de laquelle le liquide sortait par jet et à des intervalles variables : ce ne fut qu'un mois et demi après que la plaie de l'hypogastre fut entièrement cicatrisée et le cours de l'urine rétabli par l'urètre.

Si on avait voulu laisser la sonde malgré les accidens survenus, j'ai la certitude que la maladie se serait terminée d'une manière fâcheuse, et cette assertion est établis sur une série de faits malheureux que j'avais observés, et qui m'ont mis à même de faire les remarques que je présente aujourd'hui.

Lorsque le travail inflammatoire produit par l'infiltration est plus avancé, il ne suffit pas de retirer l'instrument. L'inflammation peut se circonscrire, mais on ne peut éviter une véritable collection purulente dans le voisinage du col de la vessie, quelquefois vers l'urètre, dont les parois sont alors épaissies, rouges et douloureuses. J'ai vu un cas fort remarquable, dans lequel un abcès de cette nature se forma dans l'épaisseur du canal, au-devant du scrotum. On ne reconnut pas assez tôt l'existence de ce foyer; il s'ouvrit de lui-même, et fut suivi d'une fistule très-difficile à guérir.

Le changement favorable et subit qui s'opéra dans ce cas, immédiatement après l'ouverture du dépôt, me confirma dans l'opinion que m'avaient suggérée d'autres faits, et me conduisit à l'emploi d'un moyen plus violent, mais plus efficace, pour prévenir l'accumulation des matières purulentes, et même la formation de cette matière. Le tissu lamineux qui recouvre l'urètre et qui entoure le col de la vessie est très-lâche, et forme des cellules qui communiquent les unes avec les autres : en divisant ces tissus dans une certaine étendue, on ouvre plusieurs de ces cellules, et l'urine épanchée s'écoule avant d'avoir frappé ce tissu de mort, avant même que l'inflammation se soit développée. Une large incision au périnée dans la direction de l'urètre, la division longitudinale de la partie membraneuse de ce canal a produit l'effet que j'en attendais : dans plusieurs cas, j'y ai eu recours avec des succès inespérés.

L'incision périnéale, dont l'inutilité et même les inconvéniens sont constatés quand elle précède l'opération, offre une ressource précieuse pour arrêter les ravages de l'infiltration urineuse. Son efficacité est d'autant plus certaine que l'infiltration est plus récente : elle serait inutile si les tissus baignés par l'urine étaient frappés de mort, et si une collection purulente existait dans le petit bassin. C'est donc à tort qu'on a conseillé d'attendre la formation de l'abcès. Cette incision, du reste, n'a d'autre inconvénient que de produire de la douleur, tandis qu'elle peut prévenir un malheur certain.

Il est nécessaire d'observer néanmoins qu'il ne s'agit pas ici de ces infiltrations urineuses qui se manifestent presque immédiatement après l'opération. Alors il ne s'opère presque jamais de réaction vitale; l'absence de tout travail du côté de la plaie, l'affaissement, la stupeur, l'anéantissement progressif, qu'on observe à dater des premiers jours constatent un danger imminent sans en faire connaître la cause : la vie s'éteint par suite de l'ébranlement produit par l'opération. Mais pour les cas que j'ai spécifiés, on peut arrêter la marche des accidens par le moyen que je viens d'indiquer, et dont l'expérience a suffisamment constaté l'efficacité.

ACCOUCHEMENS.

DE L'APPLICATION DU FORCEPS

Dans les positions occipito-postérieures du sommet de la tête;

Par M. le professeur Capuron,

Membre de l'Académie de Médecine.

Tous les accoucheurs n'admettent pas un égal nombre de positions, lorsque l'enfant présente naturellement le sommet de la tête; mais tous accordent au moins qu'il peut alors avoir l'occiput tantôt en avant, tantôt en arrière, et plus ou moins sur les côtés, par rapport au bassin de la mère.

En général, les positions occipito-postérieures sont plus défavorables et plus rares que les positions occipito-antérieures. C'est une vérité sur laquelle la théorie et la pratique sont parfaitement d'accord.

Un accoucheur moderne a prétendu aussi que les premières pouvaient être comptées parmi les causes prédisposantes d'un accident obstétrical, qui n'a fait beaucoup de bruit que parce qu'on en a cherché l'explication avant de l'avoir bien constaté : je veux parler de la perforation centrale du périnée dans l'accouchement, sans lésion de la fourchette ni du sphincter de l'anus. Cela rappelle la fameuse *dent d'or* que personne n'avait vue et dont tout le monde voulait trouver, donner la cause et la raison.

Mon opinion, à cet égard, est que, dans les positions occipito-postérieures, l'accouchement est toujours impossible sans le secours de l'art, à moins que

la tête de l'enfant ne soit plus petite, ou le bassin plus large qu'à l'ordinaire, ou que ces deux conditions ne soient réunies. Cette impossibilité se démontre d'une manière rigoureuse, et l'expérience n'a jamais manqué de la confirmer cliniquement ou au lit des malades. Il me serait facile de rapporter là-dessus un assez bon nombre de faits, parmi lesquels je choisis le plus récent.

Vers la nouvelle lune de juillet dernier (1), je fus appelé en consultation par M. le docteur Briquet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, auprès d'une jeune dame bien constituée et en mal d'enfant pour la seconde fois. Cet honorable patricien me dit que les eaux s'étaient écoulées pendant la nuit, et que la tête occupait depuis plusieurs heures l'excavation du bassin, d'où elle n'avait pu sortir, malgré les efforts répétés de la mère. Il ajouta que l'occiput répondait au sacrum, et que le forceps lui semblait nécessaire pour terminer cet accouchement. Je n'eus pas plutôt vérifié l'état des choses, que je partageai tout-à-fait son avis. Il fit lui-même, en ma présence, l'application de l'instrument avec autant d'extérité que de précision. L'enfant naquit le visage en dessus, comme nous l'avions prévu, et poussa des cris qui étaient des signes non équivoques de sa viabilité.

Cet exemple prouve que, sans le forceps, la vie de l'enfant eût été désespérée. Il aurait donc succombé, quoiqu'il se fût présenté dans une des positions de l'accouchement le plus naturel. Or que penser d'une classification obstétricale dont le même genre comprend des cas diamétralement opposés, ceux où l'enfant peut venir au monde par les seuls efforts de la nature, et ceux ou la mécanique est indispensablement nécessaire pour le sauver.

PHARMACIE.

DE L'HYDRO-FERRO-CYANATE DE QUININE.

Mode de préparation.

Prenez : Bleu de Prusse. . . . deux parties.
Quinine pure. . . . une partie.

Réduisez le bleu de Prusse en poudre impalpable, triturez-le long-temps dans un mortier avec la quinine, délayez le mélange dans :

Eau distillée. . . . 100 parties,

faites bouillir pendant un quart d'heure ou vingt minutes, en ayant la précaution d'agiter constamment; décantez le liquide bouillant, filtrez, faites bouillir également le résidu dans :

Eau distillée. . . . 50 parties,

filtrez, réunissez les solutions, évaporez légèrement, et mettez cristalliser à l'étuve.

Ce sel, ainsi préparé, est d'un jaune légèrement verdâtre, cristallisé en aiguilles brillantes, d'une saveur aromatique amère, soluble dans l'alcohol, peu soluble dans l'eau, et précipitant en bleu par l'addition d'un acide.

Mode d'administration.

Le plus souvent c'est en pilules que les médecins recommandent l'emploi de ce sel; cependant quelques-uns ayant jugé convenable de l'administrer en potion, voici le mode que je conseillerai de mettre en usage :

Faire dissoudre de l'hydro-ferro-cyanate de quinine dans le moins d'alcohol possible, mêler cette solution au sirop en ayant la précaution d'agiter, et ajouter ensuite les eaux distillées prescrites.

La potion, ainsi préparée, est laiteuse, d'un blanc grisâtre, s'éclaircissant par le repos, en laissant déposer, sous forme d'une poudre blanche extrêmement légère, une partie de l'hydro-ferro-cyanate de quinine employé; elle reprend bientôt sont état primitif à la plus légère agitation.

Ce procédé, qui présente le sel dans un état de division extrême, me paraît préférable à la trituration dans un mortier.

G. Duclou.

HYGIÈNE.

DE L'UTILITÉ

DES BAINS A MASSAGE ET DE LEUR IMPORTATION EN FRANCE.

Par M. le docteur Treille.

L'indifférence que l'on a témoignée jusqu'aujourd'hui pour cette partie importante de l'hygiène, ne peut être que le résultat de l'ignorance où nous sommes sur les effets de ce mode d'administration des bains. En effet, qu'on réfléchisse un instant. Un individu dépouillé de ses vêtemens jusqu'au dernier parcourt successivement quatre cabinets bien clos, dont la température, qui est de vingt degrés au premier, de trente au deuxième, de trente-cinq à quarante au troisième, peut s'élever jusqu'à cinquante au quatrième. Dans chacun de ces cabinets son corps est enveloppé et pénétré de la vapeur qui les remplit; qu'on ajoute à l'influence de cette vapeur l'action de la main d'un habile masseur frictionnant toute la superficie du membre et du tronc, et y imprimant des traces profondes par la pression de ses doigts, qui, armés d'une étoffe appropriée, exercent sur toutes les parties du corps de rapides frictions sèches auxquelles succèdent de nouvelles

(1) J'emploie cette manière d'exprimer les dates des accouchemens, parce que j'ai observé qu'il s'en faisait un plus grand nombre dans les nouvelles et pleines lunes.

frictions d'alcali savonneux et spiritueux. Nous le demanderons, n'est-ce pas là une grande médecine perturbatrice? Bien dirigée et habilement combinée, quel résultat ne doit-on pas en attendre dans une foule de maladies devant lesquelles une thérapeutique ordinaire pâlit et s'efface !

Déjà des médecins de Paris et de la province ont soumis plusieurs de leurs malades à l'action de cette médication nouvelle. Pour notre compte, nous l'avons souvent prescrite, et nous croyons ne rien hasarder de trop en avançant que les affections chroniques, notamment les rhumatismes, certaines tumeurs blanches des articulations, les engorgemens ganglionaires chroniques et plusieurs maladies de la peau, cèdent avec une rapidité étonnante à l'action de ce bain à massage secondée par un régime convenable.

Nous croyons également en avoir tiré un parti très-avantageux, dans les névroses, soit externes, soit internes, maladies qui font si souvent le désespoir des malades et des médecins. L'expérience nous donne aussi lieu de penser que les personnes atteintes de myélite, et celles qui sont affectés des couperose, se trouveront très-bien de cette énergique médication.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU BAIN ÉGYPTIEN.

Ce qui distingue surtout le bain égyptien des autres bains de vapeur, ce sont les transitions progressives de température par lesquelles passe le baigné; celui-ci n'est pas condamné à subir quatre ou cinq *chaudes*, résultant de quatre ou cinq éruptions de vapeur, dans une étuve où chaque fois il ne saurait demeurer que très-peu de temps. Il se déshabille dans une pièce à 20° R. environ; puis il passe successivement dans plusieurs autres pièces remplies de vapeur et où il trouve une température de plus en plus élevée. C'est à *ces transitions*, habilement ménagées, que le bain égyptien doit d'être supporté sans peine et pendant un temps assez prolongé. Sa durée est ordinairement d'une heure, et il est des personnes qui peuvent y rester plus long-temps. Comparé aux autres bains de vapeur, n'eût-il sur eux que les avantages qui résultent de ses températures successives, il serait encore le premier de ces bains.

Les affusions d'eau froide et tempérée que l'on reçoit dans la quatrième des pièces consacrées au bain égyptien peuvent être considérées comme pratique accessoire de ce bain; mais, à mes yeux, elles en sont un des élémens principaux. Beaucoup de personnes les redoutent, et ne peuvent s'expliquer que l'on puisse impunément s'y soumettre. Leurs craintes, que j'appelle un préjugé, viennent de la comparaison de circonstances qui ne sont pas comparables. Sans doute celui qui, ayant chaud et suant beaucoup, se ferait arroser d'eau froide, pourrait y perdre la vie; mais il ne serait pas, au moment de l'impression de froid, dans un bain égyptien, dans une étuve à 30 ou 35° Réaum. L'affusion, dans ce bain, n'arrête pas la sueur; elle ne fait que la modérer, ou, au plus, que la suspendre pendant quelques instans, laissant un sentiment de mieux-être, qui fait encore désirer l'eau froide et permet de prolonger le bain. Sans l'affusion, les masseurs ne pourraient donner, c'est-à-dire prendre, comme ils le font souvent, sept à huit bains égyptiens par jour : c'est leur soutien, et à chaque instant ils y ont recours. Les masseurs des néothermes m'ont assuré que, depuis plusieurs années qu'ils sont attachés à cet établissement, leur santé n'avait cessé d'être parfaite. Même l'un d'eux, qui était atteint d'une sorte d'asthme bronchique, a vu cette affection disparaître sous l'influence de sa nouvelle profession. Pourrait-on s'imaginer d'ailleurs que la pratique des bains à affusion aurait pu prendre racine dans une multitude de pays et devenir un de leurs usages nationaux, s'ils avaient le danger qu'on leur suppose, et surtout s'ils n'avaient pas les avantages qu'on ne leur soupçonne pas. A ce propos, je consignerai ici cette remarque intéressante, que c'est surtout dans les climats à température très-élevée ou très-basse, comme l'Égypte, la Turquie, la Russie, la Norwège, etc., que cette sorte de bain s'est, jusqu'à présent, le mieux nationalisée.

A cette gradation de chaleur par laquelle on passe d'abord et à cette impression brusque, mais momentanée, du froid, du frais ou du tiède qui vient ensuite, succèdent le massage, puis les frictions savonneuses, puis les frictions d'eau de Cologne, puis des soins minutieux pour que le baigné ne se refroidisse pas; puis, enfin, le repos dans une pièce voisine. Ne suffit-il pas de considérer ces divers élémens du tout indivisible, que l'on nomme bain égyptien, pour comprendre que ce bain constitue un modificateur à part, spécial, puissant, un de ces moyens dont l'expérience agrandira chaque jour la valeur.

On sue considérablement dans le bain égyptien. L'abondance de cette sueur, la saveur notablement salée que là, comme toujours, elle présente, dénoncent une élimination, un dépouillement qui doit avoir une action profonde, et dont on peut tirer le plus grand parti. Dans ce bain on a la fièvre, une sorte de fièvre ressemblant à celle que l'on nommait *angioténique*, et qui se prolonge au plus quelques instans. Après la sortie des étuves, la peau est chaude, colorée, le cœur bat avec force, le pouls est fréquent, fort développé; les veines sont volumineuses, la respiration est accélérée. Or, je demande à ceux qui savent ce que l'on peut obtenir d'une réaction pareille, surtout dans les maladies chroniques, quel serait le moyen de la produire d'une manière plus innocente et plus assurée. Ajoutez qu'avec les affusions on peut modérer cette fièvre, l'arrêter, et, en quelque sorte, la soumettre à la volonté. Quant aux inconvéniens immédiats des bains égyptiens, ils sont rares ou nuls. Ce sont quelques symptômes faibles et passagers de congestion cérébrale qu'une affusion, ou même une simple implication d'un linge mouillé d'eau froide sur la tête, suffisent pour dissiper d'une manière si prompte et si complète, que la personne peut achever de prendre son bain; ou bien, chez quelques sujets, c'est un peu de gêne dans la respiration. Mais cet embarras n'est jamais porté bien loin. Je dirai plus, il arrive souvent que l'on respire plus à l'aise dans l'étuve qu'au dehors. J'ai pris plusieurs bains égyptiens avec un de nos chanteurs les plus distingués. Depuis long-

temps il était atteint d'accès d'asthme qui ne lui laissaient jamais la respiration entièrement libre; eh bien! dans l'étuve il respirait à large poitrine; sa voix retrouvait toute son étendue, toute sa flexibilité, sa fraîcheur, et il pouvait exécuter sans peine les chants les plus difficiles et les plus brillans.

LÉOP. DESLANDES.

MÉDECINE LÉGALE.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Le médecin peut-il être légalement responsable de ses faits de pratique?

Le médecin se trouve appelé à remplir dans la société des fonctions tout exceptionnelles; sa profession n'est pas libre, en ce sens que chaque individu ne peut l'exercer, quand même il serait suffisamment instruit, s'il n'a pas donné à la société les garanties qu'elle lui a demandées dans la loi. Tout homme qui satisfait à ces garanties doit donc être considéré comme possédant les connaissances nécessaires à l'exercice de sa profession. Or, n'est-ce point une contradiction et un contre-sens manifeste que de rendre ce même individu justiciable d'un tribunal pour un fait tout scientifique, lui qui, dans son ame et conscience, a dû se croire suffisamment instruit, puisque ses maîtres l'ont solennellement déclaré, et qui d'ailleurs n'a fait qu'agir suivant ses connaissances et ses lumières. Il est facile de comprendre que, placé dans cette position, le médecin se trouve sous l'action d'une double responsabilité; et j'en appelle aux jurisconsultes eux-mêmes: ils conviendront que la position n'est pas équitable. Nous ne prétendons ici défendre que le médecin qui serait taxé d'imprudence ou d'ignorance; car pour le mauvais vouloir, pour le mal fait avec intention ou par incurie, il y a délit, et ce sont de ces cas qui rentrent dans le droit commun.

Telle que l'entendent les partisans de la responsabilité médicale, on voit que l'exercice de la médecine serait un piége perpétuel; car, suivant les lois de l'honneur, et même suivant nos lois civiles, le médecin est obligé de donner ses soins lorsqu'on les réclame, puisqu'il peut même en être requis; on veut qu'il agisse, mais il faut qu'il soit infaillible, qu'il ne se trompe jamais dans l'exercice de l'art le plus délicat et le plus insidieux; car si l'on peut prouver qu'il a commis une faute, sa fortune, sa liberté même, vont répondre du dommage qu'il sera supposé avoir causé. Mais ici se trouve le lieu d'examiner ce que l'on entend par faute, et surtout de savoir qui sera chargé de constater qu'il y a eu faute. Il suffit de jeter les yeux sur l'histoire de la médecine pour voir combien de systèmes divers et même opposés se sont succédés les uns les autres; avec quelle chaleur et quelle vérité ils furent tous défendus, comme étant la traduction réelle des phénomènes de la nature: ils sont si nombreux que chaque génération, chaque quart de siècle peut compter le sien. De notre temps, même, grâce sans doute aux progrès des lumières, ils ont une marche plus rapide, ils surgissent plus promptement et se pressent davantage; ainsi nous avons vu tomber, ruinées par la vétusté, les dernières colonnes de l'humorisme. Le brownisme, qu'à notre début nous avons vu briller du plus vif éclat, a bientôt été éclipsé par la médecine physiologique, et c'est à peine s'il conserve aujourd'hui quelques rares et timides serviteurs. Enfin cette dernière, si resplendissante et surtout si fière de ses jeunes et nombreux adeptes, n'a pu étouffer les succès du *contro-stimulus*, si opposé à ses principes, ni empêcher de graviter vers nous l'astre pâle et tremblant de l'homœopathie. Ainsi au milieu de ces doctrines diverses, qui osera prononcer? n'est-il pas certain que, dans la conscience de chaque médecin, le malade qui a été traité par une doctrine opposée à la sienne a été mis dans une condition fâcheuse, et que, s'il a succombé, le mode de traitement auquel il a été soumis a dû contribuer puissamment à la funeste issue de la maladie, Au milieu de ces divergences d'opinions, quel parti devra prendre le tribunal devant qui sera porté la cause? il jugera sans doute en faveur de l'opinion dominante; mais dans ce cas, aucune nouvelle doctrine ne pourrait se faire jour, puisqu'elle serait arrêtée au premier insuccès, et en conséquence les progrès de la science se trouvaient enchaînés. D'ailleurs ne sait-on pas que chaque centre scientifique a des doctrines qui lui sont propres, et qu'un même fait ne serait envisagé de la même manière à Paris, à Montpellier et à Strasbourg. De là n'en résulterait-il pas pour les Cours royales une jurisprudence différente, car nous ne pensons pas que l'on veuille songer à prendre l'académie pour régulatrice. En fait de science, on sait ce que valent les opinions exclusives, mêmes celles imposées par des corps.

La difficulté que présentent les cas de médecine, pour être convenablement appréciée, ne serait pas moindre pour les cas de chirurgie, quoique ce soit constamment ces derniers qui aient donné lieu aux procès qui ont soulevé ces questions. Je le demande même à nos plus grandes notabilités chirurgicales, sont-elles toutes parfaitement du même avis sur les cas dans lesquels il convient de pratiquer une amputation ou quand on peut s'abstenir? sur le meilleur procédé opératoire et sur les soins consécutifs à l'opération? L'abandon ou la modification de quelques parties d'un procédé ne pourraient-ils pas être considérés comme n'ayant pas été sans influence sur l'issue funeste d'une opération? Si le malade succombe au tétanos, dans un des cas où l'on n'aura pas jugé l'amputation nécessaire, n'en accusera-t-on pas le chirurgien; et ne pourra-t-on pas aussi l'accuser quelquefois d'avoir pratiqué l'amputation trop légèrement, quel que soit d'ailleurs le résultat de cette dernière? Enfin, si le malade succombait dans le cours d'une opération, foudroyé par des symptômes nerveux ou autres tout-à-fait insolites, ne serait-on pas en droit de prétendre qu'il a été tué par le chirurgien. Et que dira-t-on lorsque le malade aura succombé à une méthode ou à une opération nouvelle? Qui de nous n'a pas entendu même des hommes éclairés déclarer à l'avance qu'un malade devait succomber si l'on prati-

quait une telle opération? l'opération pratiquée, le malade guérissait. Mais s'il eût succombé, n'auraient-ils pas attesté que cette opération devait nécessairement le tuer. A ce compte aucun des grands et réels progrès de chirurgie moderne n'auraient pu être faits; car qui aurait osé pratiquer l'amputation dans l'article, tenter la ligature de l'iliaque externe et de la carotide primitive, extirper certaines tumeurs et certains organes carcinomateux? Dans tous ces cas où la mort devait être la suite de la maladie abandonnée à elle-même, on n'eût pas manqué de trouver des gens de l'art qui eussent déclaré que cette dernière opinion était probable, mais que l'opération avait été une cause déterminante et nécessaire de la mort.

Nous épuiserions le cadre nosologique si nous voulions signaler tous les cas dans lesquels la divergence d'opinions entre les hommes de l'art pourrait faire rendre à un tribunal des jugemens contraires à l'équité. Jusqu'ici nous avons seulement montré de quelle injustice serait l'application de cette jurisprudence pour le médecin; nous devons maintenant démontrer quelle serait son influence funeste pour la société; loin de trouver une garantie nouvelle, elle aurait placé le médecin dans une position fausse, elle aurait souvent même à l'insu de l'homme de l'art enchaîné la conscience par l'intérêt; car, placé dans cette nouvelle position, il se renfermerait dans les généralités de la science et se trouverait par le fait privé de son libre arbitre. J'en appelle à tous les médecins consciencieux, en est-il beaucoup qui eussent osé hasarder un moyen héroïque dans ces cas obscurs et quelquefois si pressans où l'on a besoin de toutes les lumières de la science pour saisir une indication rationelle? qu'ils le disent, auraient-ils osé agir s'ils eussent pensé qu'ils pourraient être personnellement responsables du résultat, et qu'on ne leur demanderait pas compte seulement de leur savoir et de leur dévouement, mais encore que l'on viendrait examiner leur doctrine. Ainsi on le voit, si dans quelques cas le malade ou les siens, peuvent espérer la réparation d'une erreur, dans tous ils enchaînent la volonté du médecin, il l'empêchent d'oser, et qui ne se rappelle ces mots du père de la médecine: *Ad extremos morbos extrema remedia.*

Mais, direz-vous, si l'on demande compte au médecin de ce qu'il a fait, à plus forte raison lui demandera-t-on compte de ce qu'il n'a pas fait; ici la proposition entre dans l'absurde; pour en arriver à ce point, il faudrait non-seulement que tous les médecins fussent également instruits, mais encore qu'ils eussent tous le même génie, la même force d'ame, le même jugement, la même adresse; et quelque resserrées que soient les limites assignés à l'intelligence l'on trouve des hommes pour lesquels elles seraient encore trop élevées: or un jugement qui condamnerait ces hommes serait inique, puisqu'il leur demanderait plus qu'ils ne pouvaient faire. Que l'on ne croie pas que tous les cas que nous avons supposé ont été exagérés et qu'ils ne pourraient être la conséquence de la jurisprudence que nous avons combattue; loin de les avoir exagérés, nous croyons au contraire les avoir restreints; une fois le principe admis, qui sait où pourrait s'arrêter les conséquences, surtout lorsque l'on connaît le mauvais vouloir d'un grand nombre de malades pour reconnaître les soins de leur médecin? Lorsque l'on discute, il faut supposer tous les cas, et celui-ci en est un dont les exemples ne nous manqueraient pas.

Notre observation aura bien plus de force lorsque nous dirons que c'est dans l'ouvrage d'un médecin, d'un professeur de médecine légale, d'un homme qui doit être une autorité pour les gens de l'art, comme pour ceux qui lui sont étrangers, que nous avons trouvé les propositions les plus hasardées et les plus étranges sur la responsabilité des médecins. Fodéré, page 428 du 6e volume de sa *Médecine légale*, dit: que le moyen de faire avancer l'art est de rendre les médecins responsables de leurs faits; que les facultés, les sociétés de médecins seraient chargées, d'éclairer les tribunaux; puis il cite six propositions dans lesquelles il suppose que l'on pourrait classer les cas de responsabilité. Ces six propositions embrassent presque tous les faits de pratique, et nous le déclarons, elles auraient pour but de détruire complètement la liberté morale du médecin, ce n'est donc pas sans raison que nous joignons notre voix à ceux qui veulent une noble et digne indépendance de l'art; non, nous ne reculons pas devant la responsabilité de nos actes; nous la voulons sévère, mais toute morale. Nous rejetons une jurisprudence dégradante pour l'art, pour le siècle, dont la conséquence serait de nous remettre dans la situation où étaient nos pères, placés sous les verges du parlement, et de faire rendre à nos Cours Royales des arrêts de la nature de celui de 1566, qui défendait d'employer les préparations d'antimoine. Nous espérons que nos efforts ne seront pas perdus, déjà d'autres que nous sont entrés dans la lice, la *Gazette Médicale* a défendu ces doctrines avec vigueur; plusieurs médecins ont aussi protesté par leurs écrits. C'est en battant avec le bélier de la publicité ces prétentions étranges, que nous pourront les faire crouler et les faire rentrer dans le néant dont elles n'auraient jamais dû sortir.

J. P. Beaude.

MÉLANGES.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU THYMUS.

Le peu de résultats qu'ont produits chez nous les recherches sur le thymus et sans doute aussi le peu d'importance relative de cet organe transitoire, ont découragé nos anatomistes les plus zélés ; un tel travail convient mieux sans doute à nos confrères du Nord ; aussi l'un d'eux s'en est-il chargé. Il a publié en 1832, à Copenhague, un ouvrage curieux avec planches dessinées d'après nature, sur l'histoire anatomique, physiologique et pathologique du thymus. Néaumoins le dernier mot, sur ce curieux sujet, n'est pas encore dit.

Selon l'auteur, le docteur Fr. Chr. Haugsted, le thymus, dans l'homme, est ordinairement divisé en quatre ou cinq lobes ; chacun d'eux est formé de lobules, composés eux-mêmes de granulations. Les lobules sont réunis par du tissu cellulaire ; en les coupant on y distingue des taches brunâtres qui, au microscope, apparaissent comme des cellules. Toutes ces cellules communiquent les unes avec les autres, par des canaux qui partent de leurs angles. L'auteur nie, contrairement à l'opinion de Meckel, qu'il existe une cavité centrale. Ces cellules contiennent, chez le fœtus et chez l'enfant, une matière muqueuse analogue au lait ou au chyle. C'est dans la neuvième ou dixième semaine après la conception, que l'on aperçoit les premières traces du thymus, sous la forme de deux petits corps situés vers la partie supérieure du sternum ; leur volume alors est égal à celui des deux poumons. Dans le fœtus de six mois, il touche à la glande thyroide ; à sept mois, la structure celluleuse est visible et il contient déjà du liquide. Jusqu'à l'âge d'un ou deux ans, le thymus s'accroît, mais seulement en volume, parce que les cellules se développent davantage. Après l'âge de deux ans, les cellules se rétrécissent, et la quantité de liquide qu'elles contiennent diminue. Bientôt elles s'oblitèrent à partir de son extrémité inférieure ; et enfin le thymus disparaît entièrement et est remplacé par un paquet de graisse et quelques particules grisâtres qui sont les débris de la glande. Le thymus n'existe pas chez les animaux placés hors de la classe des mammifères.

Les opinions de l'auteur sur les fonctions du thymus sont celles-ci :

Cet organe ne doit point être considéré comme appartenant exclusivement à la vie intrà-utérine, puisqu'il n'atteint son plus haut développement que vers l'âge de deux ans, mais comme nécessairement lié à la première enfance et destiné à coopérer aux fonctions de la nutrition chez l'enfant à la mamelle, puisque : 1° le thymus se trouve seulement chez les animaux à mamelles ; 2° ces deux organes entrent en activité à la même époque, dans les premières années de la vie extrà-utérine ; chez l'enfant, la nutrition se fait d'une manière particulière, car le lait est une espèce de chyle préparé d'avance ; 3° le thymus communique, par des vaisseaux lymphatiques, avec le conduit thoracique ; 4° les autres organes préparatoires de la digestion, les dents, les glandes salivaires n'acquièrent que plus tard leur plus grand développement.

COQUELUCHE ET VACCINE.

L'idée de vacciner pour guérir la coqueluche est originaire d'Allemagne, elle a été soumise ensuite à des expériences en Amérique ; et, tout récemment, plusieurs médecins anglais ont eu recours à ce mode de traitement ; le docteur T. W. Chevalier, entre autres, a eu trois fois l'occasion de l'employer et a réussi dans les trois cas. Il résulte de ses observations qu'il est utile de tenter la vaccination dans tous les cas de coqueluches qui se présenteront chez des sujets qui n'auront eu ni la vaccine, ni la variole. Ce médecin a pris pour règle de sa pratique de ne jamais vacciner les enfans, à moins qu'il n'y ait des raisons pour craindre la variole, avant l'âge de huit à dix semaines, époque à laquelle la coqueluche est très-fréquente et presque toujours funeste.

DÉVELOPPEMENT MORBIDE DU CLITORIS,

Traité avec succès,

Par le docteur MACFARLANE.

Une femme âgée de 46 ans, portait un clitoris de huit pouces de long, pyréiforme ; son pédicule était mou, aussi gros que le poignet, et traversé par des veines variqueuses : sa partie la plus déclive était bosselée, dure et aussi grosse que les deux poings. Les nymphes pendaient au-delà du pédicule, de deux pouces et demi, étaient inégales, couvertes par un épiderme blanc et mince, et offraient au toucher une apparence charnue. La surface interne des grandes lèvres était couverte de petits tubercules de la grosseur d'un pois fendu, et situés immédiatement sous la membrane muqueuse. On fit l'autopsie, de ces parties, il y eut une hémorrhagie abondante. La plaie fut cicatrisée au bout de trois semaines. On eut soin de placer une sonde dans l'urètre pendant plusieurs jours. Les parties étaient solides et fibreuses. (*medico-chir.* Review, avril, 1834.).

SAUVAGES CHARRUAS.

M. Virey a communiqué à l'Académie de médecine dans une des dernières séances des résultats de l'examen qu'il a fait des quatre sauvages amenés des bords du Rio-de-la-Plata par M. Curel. Le crâne de ces hommes est moins développé que celui de la plupart des hommes de race blanche civilisée ; la circonférence de la tête, du front à l'occiput, et prise sur les cheveux, a été de 20 pouces à 18 pouces et demi ; les os maxillaires, les molaires et l'arcade zygomatique ont plus d'étendue que chez les Européens, ce qui fait

paraître conique leur sinciput; les yeux sont obliques, le grand angle baissé vers le nez, et les paupières demi-ouvertes et comme bridées; les os du nez sont larges, déprimés; les sinus nasaux peu développés ; le nez petit à la racine, court, large, ouvert à son extrémité; l'os frontal est abaissé et non pas aplati. L'ensemble des traits, la rareté des poils, même au pubis et aux aisselles, la rareté de la barbe, l'état des cheveux qui sont durs, plats, clairsemés, tout se rapporte évidemment, à cet égard, à la race mongole; la couleur de la peau, la taille carrée, trapue, assez courte ; la couleur noire du mamelon du sein, la faible menstruation de la femme, etc., sont aussi des traits qui s'y rattachent; d'où la confirmation de cette conclusion, que les habitans de l'Amérique du nord ne forment pas une race distincte sous le nom de race américaine, mais appartiennent à la race mongole, qui est de toutes la plus répandue sur la surface du globe.

BROUILLARDS.

Ophthalmie.

La *Gazette de Calcutta* rapporte que le 2 janvier, les habitans du petit village d'Hougly, peuplé de trois cents familles, se crurent menacés d'une nuit éternelle. Voici à quel sujet. La veille un brouillard fort épais s'était élevé sur les deux rives du fleuve; il exhalait une forte odeur d'acide hydro-chlorique si pénétrante qu'elle provoquait des éternuemens continuels, et affectait si vivement les paupières qu'elles arrivaient à un prodigieux degré de gonflement. Le lendemain tous les habitans d'Hougly, sans exception, étaient devenus presque spontanément aveugles. Cette ophthalmie dura vingt-quatre heures, et cessa tout-à-coup. Les médecins sont à la recherche de ce singulier phénomène qu'ils attribuent à des émanations particulières du fleuve.

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE,

PAR F.-J.-J. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS, ETC., ETC.

MARS 1833.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA MORSURE DES OPHIDIENS (1);

Par M. ÉMILE FANEAU DE LA COUR.

On a bien écrit sur la morsure des serpens, et cependant la thérapeutique des plaies envenimées est encore en partie plongée dans les ténèbres de l'empirisme et de l'ontologie. La cause de toutes ces erreurs vient évidemment de ce qu'on veut isoler la vie de l'organisation, de ce qu'on la compare encore à une flamme *subtile* qui ne peut tomber sous les sens..... En attribuant la vie aux propriétés vitales, indépendantes de la matière organisée, pour être conséquent avec soi-même, on doit faire abstraction de l'organisme, dans l'état morbide. Cependant les organes sont des parcelles de matière animée, c'est-à-dire façonnée, disposée pour un but réel, tandis que les fonctions ne sont que le travail des organes. Ainsi, la vie, l'animation de la matière, c'est l'organisme en action; c'est le travail simultané et harmonique de tous les viscères.... Que ce rouage complexe s'efface, se détériore insensiblement, la fonction s'anihile dans le même rapport. Si l'organisation disparaît *ex abrupto*, les fonctions cessent à l'instant même. Ainsi, aux yeux du médecin, il n'y a que des organes dans le corps humain.

Tous les poisons portés dans l'estomac tuent par la propagation plus ou moins rapide de l'impression locale, aux autres appareils organiques. C'est en vain qu'on prétend le contraire; c'est en vain qu'on veut faire voyager intégralement, dans l'arbre circulatoire, les molécules des poisons, dits *stupéfians*, afin que, de cette manière, ils aillent livrer un combat à mort, non à l'organe, mais à la fonction *isolée* de l'organe qui la produit. C'est constamment par la *muqueuse* du *gaster* que le venin des ophidiens agit sur le cerveau, ainsi que je l'ai prouvé dans mes trois premiers mémoires, et que je le démontre encore aujourd'hui après un silence de plusieurs années, consacrées à l'observation, à l'expérimentation et à la pratique, sur un sol en partie semé de fourrés, de vastes bois et d'immenses bruyères, coupés par des eaux stagnantes, de nombreux étangs, de mortiers multipliés (1). Je me suis livré à des investigations laborieuses, et toutes ont laissé dans mon esprit une conviction inébranlable, que, de bonne foi, je cherche à propager dans les intérêts de la science et de l'humanité. La vérité a constamment droit à nos hommages, mais quand elle a une aussi longue portée, elle doit inspirer un vif désir de la faire connaître.

Première observation.

Marie Boucher, âgée de quatorze ans, s'amusait avec d'autres pâtres, dans l'automne de 1827, à ramasser des feuilles dans un taillis, quand elle se sentit mordue subitement dans l'intervalle qui sépare le pouce droit de l'indicateur. Elle jeta un cri : le reptile, qui cherchait à s'enfuir, fut tué. On l'apporta chez moi, en m'appelant pour traiter cette morsure d'*aspic*...

Quel fut mon étonnement, en reconnaissant la couleuvre à collier, d'un gris bleuâtre au-dessous, avec quatre rangées de taches noires, et deux taches d'un blanc jaunâtre derrière la tête. Elle était longue de trente-deux pouces. Arrivé à *la*

(1) Vulgairement appelés serpens. Ils forment le troisième ordre des reptiles. On les divise en deux familles, les *homodermes* dont la peau est uniforme, et les *hétérodermes*, qui ont des écailles sur le corps et des plaques sous le ventre (*Note du Rédacteur.*)

(1) Ces trois premiers mémoires sur la morsure des ophidiens, dont parle M. Faneau de La Cour, ont été insérés dans le *Journal universel des sciences médicales.* — Avril 1824. — Juillet 1824. — Avril 1829. (*Note du Rédacteur.*)

noue, je vis une main peu différente de l'état normal ; il n'y avait pas cette vaste inflammation érysipélato-phlegmoneuse ; cette forte tension de la peau, qui, en s'éloignant de la blessure, semble due à une lésion intense des vaisseaux blancs. La malade ne sentait pas cette brûlure profonde du gaster, cette lésion intense, qui, se propageant rapidement au cerveau, ou plutôt à l'encéphale, donne naissance à la syncope, à la stupeur, à l'insensibilité. Je remarquai seulement qu'une inflammation circonscrivait la blessure, *toute locale*, si je puis m'exprimer ainsi. De la soif, une douleur de tête, frontale ; de la chaleur à la peau, de l'agitation dans le pouls, voilà les symptômes appréciables, sensibles que je recueillis, et qui me semblèrent dus plutôt à la frayeur qu'aux irradiations sympathiques sur les organes internes, et non à la présence d'un poison, dont la non-existence était ici évidente.

Une saignée de pied, le serum lactis, la diète, ramenèrent le calme dès le lendemain. Marie m'assura constamment que c'était la *même bête* qui l'avait mordue, en faisant entendre des sifflemens... Pourquoi non? un animal stimulé, poursuivi, se fâche et cherche à se venger, quelque timide qu'il soit : mais en laissant l'empreinte de ses dents sur l'importun, sur le perturbateur qui l'empêche de continuer sa chasse aux mulots, aux campagnols, aux insectes de tout genre, il agit avec impuissance, puisque la nature ne lui a pas départi le funeste présent d'un fluide vénéneux, qui porte avec lui la mort.

J'ai pu me convaincre, plusieurs fois, depuis ce moment, que les différentes espèces de couleuvres, et notamment la plus grosse, d'un vert noirâtre, semé de taches jaunes en-dessus, et d'une couleur jaune en-dessous, spécialement désignée par Daubenton, est la plus irritable, et celle qui réagit le plus souvent, mais toujours avec innocuité, à raison de l'absence d'un fluide délétère.

J'appuie sur ces faits, qui peuvent donner le change au médecin, et lui faire croire que les suites de morsures des serpens à vésicules empoisonnées, ne sont pas telles que les observateurs l'ont écrit, où que l'emploi d'un *spécifique topique* ou *ingéré*, a neutralisé l'action du fluide vénéneux, en *empêchant* le développement des terribles symptômes, dus constamment à l'action, sur nos organes, de la salive des ophidiens. Presque toujours le médecin appelé est obligé de s'en rapporter au témoignage des malades, et comme on n'a pas toujours des naturalistes à traiter, on doit se mettre en garde contre toute espèce d'influence, qui, souvent, conduit à l'erreur.

Deuxième Observation.

Un braconnier, à l'affût, près du parc de la Hiandière, s'étant baissé en appuyant la crosse de son fusil sur le sol, afin de regarder au travers des branches d'arbres, dans une direction où il avait tendu un collet, fut mordu à la main droite, à la hauteur de la batterie du fusil, par un serpent de trois pieds de longueur et de plusieurs pouces de circonférence, qui voulut en vain essayer de s'enfuir. L'explosion du salpêtre ne tarda point à l'atteindre. Je l'ai vu criblé par une décharge de gros plomb, qui avait *fait balle*, dont la disgrégation ne put s'opérer à une aussi courte distance. Je m'emparai même de la tête, qui m'a servi à des expériences, dont je parlerai plus tard.

Si la douleur de l'extrémité scapulo-humérale droite fut vive, la triste influence du fluide vénéneux sur l'estomac fut aussi rapide que le passage d'un parcelle de bitume enflammée dans l'atmosphère. Sentiment intolérable de brûlure à la région épigastrique, soif intense, vomissemens, céphalalgie atroce aux régions frontale et temporale, vertiges, bluettes lumineuses, étourdissement, cessation momentanée de l'existence avec insensibilité. Voilà la transition subite et successive des phénomènes morbides qu'éprouva ce malheureux. Heureusement pour lui, j'étais alors à la Hiandière. Un garde-chasse, averti par la détonnation, se dirigea de ce côté, pour s'enquérir de ce bruit soudain, et aida le malade à se transporter chez lui ; il vint me prier d'aller le voir. Il était dans la stupeur la plus profonde ; la respiration était stertoreuse ; pouls petit, serré, profond, irrégulier ; la peau d'un jaune verdâtre, sèche et brûlante ; les dents étaient serrées ; les pupilles dilatées insensibles à la plus vive lumière ; les commissures des lèvres couvertes d'une abondante écume ; le bras droit était volumineux, enflé jusqu'à l'épaule ; les vêtemens empreints de ses déjections fluides exhalaient une odeur repoussante ; l'abdomen était tendu ; la plus légère pression à la région épigastrique faisait convulser les muscles de la face.

Brun, d'une prédominence pneumo-hépathique, d'une taille moyenne, âgé de trente-six ans, Bourrien m'offrait, par sa constitution, tous les secours que la nature peut offrir à un médecin, dans une telle circonstance. Il avait des organes solides, et une abondante hématose me permettait de pousser mes émissions sanguines aussi loin que le demandaient les organes malades, et pourvu qu'il n'y eût pas désorganisation par le poison, j'étais certain de le rappeler à l'existence. Je fis de suite appliquer quarante grosses sangsues de choix sur l'épigastre, qui mordirent toutes avec avidité, et se gorgèrent d'une grande quantité de sang, tandis qu'avec mon bistouri, je fis la section de l'artère temporale gauche. Le sang coula en nappe sur la carte qui me servait de gouttière. De cette manière, j'évacuai près de dix-sept onces de sang artériel, avant qu'il eût repris une connaissance parfaite. La pupille se contracta ; les mouvemens, d'abord automatiques, devinrent le fruit du raisonnement, et l'encéphale reprit son rôle, redevint le centre des relations, le point de départ des volitions.

La respiration cessa d'être stertoreuse, s'approcha beaucoup plus de l'état normal ; le pouls prit du développement, se régularisa, et la peau cessa d'être aussi sèche, aussi brûlante. Cependant les piqûres hirudinales saignaient beaucoup. Huit heures après, aucune d'elles n'étaient encore arrêté sous l'influence du cataplasme liquide, entre deux linges. Le lit était rempli de caillots, pénétré de sang de tous côtés. Il est impossible de décrire l'amélioration du lendemain : toutes les fonctions interrogées indiquèrent un mieux bien consolant ; les yeux étaient brillans, mais la lumière ne faisait sur eux aucune impression. La tête n'accusait aucune douleur. Les traits de la veille, si contractés, si convulsés, étaient calmes ; la langue, rouge à sa pointe, était semée de points blancs à sa surface, et qui augmentaient vers sa base ; plus de soif, plus de brûlure à l'épigastre, légèrement douloureux à la pression. Le pouls

large donnait quatre-vingt-neuf pulsations. Le bras lui-même, sous la même influence et sous celle des émolliens topiques, avait plus de moitié de diminution de son volume normal. Tisane de graine de lin, acidulée avec le sirop de limon. — Eau d'orge avec le sirop de gomme. Demi-bain mucilagineux acidulé avec le vinaigre, à l'état de tiédeur. — Diète. — Le lendemain, nouvelle amélioration. Le malade accuse de l'appétit. — Bouillon de poulet, dont je fis augmenter la consistance les jours suivans. Pruneaux. — Le quatrième jour, un vermicelle passa bien sans trouble. — Augmentation successive et progressive dans l'alimentation. — Le dixième jour, il était rendu à ses travaux.

Il est facile de suivre l'influence progressive du poison sur les organes de B., de voir que le premier viscère frappé, c'est l'estomac dont la souffrance était si intense, qu'elle fut pour lui, comme pour tous les autres, caractérisée par la sensation d'une *horrible brûlure*.... La soif intense et les vomissemens; la langue mince, couverte d'un enduit grisâtre, sèche et fortement rouge sur les bords; la chaleur aride et brûlante de la peau, tout, en un mot, fait connaître que le gaster reçoit le premier choc, qui, quoique perçu par l'encéphale avec la rapidité de l'éclair, n'en est pas moins consécutif, secondaire, pour ce dernier organe, affecté sympathiquement et pourtant organiquement: aussi, dans tous les cas où l'une et l'autre phlegmasie se montre avec intensité, il est prudent, si on veut vaincre tous les obstacles qui viendraient enrayer l'amélioration, d'agir avec énergie sur chacun des organes malades, en leur adressant, à tous les deux, une forte médication antiphlogistique, en raison égale des forces du malade, qu'il ne faut d'ailleurs pas ménager, si on est appelé initiativement. Il faut considérer que les deux principaux organes de l'économie animale, sont sous le poids d'une destruction imminente, que l'horrible phlegmasie qui les dévore marche avec rapidité, et que la plus légère hésitation est une faute qui peut devenir irréparable; qu'une minute est un temps précieux à employer dans cette grave circonstance. Agir soi-même, et faire agir à l'instant même devant soi, est ce qu'il y a de plus convenable. Souvent, si j'avais des sangsues en nombre suffisant à ma disposition, je serais porté à les préférer à l'artériotomie, non sous le rapport des bienfaits qui en sont la conséquence infaillible, mais, à raison du peu de confiance que j'ai alors dans les personnes qui entourent le malade, et auxquelles je suis obligé de répéter, bien des fois, les moyens qu'elles doivent employer, dans le cas où la simple bande dont je fais usage autour du front, sur la solution de continuité, réunie par première intention, et couverte de quelques compresses, viendrait à se déplacer: sauf cette considération, sur laquelle je passe presque toujours, aucune émission sanguine, si j'en juge d'après mon expérience, ne conduit à des résultats si heureux. Je me suis toujours bien trouvé d'avoir fait des émissions sanguines abondantes: dans les commencemens, j'hésitais, j'allais avec moins de résolution, et je me suis toujours repenti d'avoir agi timidement. Le médecin qui écrit, le praticien qui relate des faits intéressans, ont tous deux un but d'utilité, et ce n'est qu'en s'exprimant avec candeur qu'on peut travailler à l'avancement de la science.

Qu'importe un traitement banalement compliqué par une immensité de formules! Le mien est simple et très-simple, mais il est rationnel comme la physiologie sur laquelle il est constamment basé: d'ailleurs, j'atteins mon but aussi souvent que possible, je guéris promptement mes malades.

Troisième Observation.

Richer de la Dreuserie, commune d'Ambillon, petit, maigre, traité plusieurs fois intempestivement de la syphilis par le mercure, portait sur ses traits l'empreinte d'un détérioration de l'organisme. Sa peau terreuse, jaunâtre et sèche, un ballonnement du ventre qu'il attribuait à des vents, le mauvais état de ses digestions, tout annonçait une affection chronique et profonde de l'abdomen. Couché près d'un fossé à l'ombre d'une truisse, dans la fénaison de 1832, il se sentit mordre près du tendon d'Achille, par un reptile. Il ne savait s'il devait attribuer la douleur qu'il ressentait à l'épine noire qui formait la haie sur la levée du fossé où étaient ses jambes, quand le bruissement sinistre, occasioné par le déploiement des arcs du reptile et les aboiemens du chien le mirent sur la voie, ainsi que le tremblement général, la brûlure épigastrique, les vomissemens et la syncope qu'il éprouva. On vint promptement lui prêter secours, et voyant que l'insensibilité se prolongeait, on me dépêcha de suite un homme à cheval, qui fit lestement les deux lieues de distance. A mon arrivée, je trouvai Richer dans une stupeur effrayante; le pouls était petit, fréquent, concentré et irrégulier, couvert d'une sueur froide. La jambe et même la cuisse dans un état d'enflure, comme emphysémateuse, élastique, couverte d'une immensité de petits boutons, semblables à des grains de millet. La peau était luisante; il y avait gonflement des glandes de l'aine. La couleur générale de la périphérie était jaune-livide; l'abdomen était tendu, brûlant, notamment à l'épigastre; la pression faisait violemment convulser les muscles de la face; un dévoiement fétide inondait ses vêtemens; la langue empreinte d'une pseudo-membrane grisâtre, les dents serrées convulsivement et une abondante écume découlant des lèvres complétaient le triste tableau que j'avais sous les yeux.

En reconnaissant le sujet, en me rappelant les antécédens, en pesant d'une part l'état de détérioration profonde de l'organisme, et de l'autre la médication à mettre en usage pour rappeler le malade à l'existence, je n'eus plus d'espoir, et portai un fâcheux pronostic, mais je ne reculai pas devant mon devoir. Cependant je savais bien que je parviendrais à lui rendre l'intelligence, que je le remettrais momentanément en relation avec les objets extérieurs. J'ouvris la temporale droite: le sang ne coula d'abord que faiblement. Il s'étendit de suite en nappe large jusqu'à la carte qui me servait de gouttière, et j'obtins ainsi une émission artérielle de plus de seize onces; pendant ce temps, trente grosses sangsues étaient appliquées sur l'épigastre, et s'emplissaient merveilleusement. Sous ces heureux auspices, les dents se desserrèrent; la pupille se contracta, devint sensible; les mouvemens des membres, d'automatiques, devinrent raisonnés; le pouls prit du développement, cessa d'être concentré, irrégulier; la langue devint humide, et l'abdomen moins tendu, moins douloureux. Les piqûres hirudinales, sous l'influence d'un cataplasme liquide, entre deux linges, saigné-

rent jusqu'au lendemain. C'est étonnant la quantité de sang qui fut évacué, et comment un être aussi frêle, depuis longtemps dans un état de cacochymie qui ne permettait à la chilification de se faire que d'une manière bien imparfaite, à la nutrition, de s'opérer que d'une façon anormale, avec une respiration, une hématose incomplète, pouvait supporter une telle déperdition de sang! ... Quoi qu'il en soit, l'amélioration dépassa de beaucoup mon espoir; la jambe elle-même, sur laquelle je faisais de simples ablutions huileuses, désenfla de plus de moitié, sous l'influence de la médication générale. — Eau d'orge gommée avec le sirop de limon. — Tisane de lin sucrée. Demi-bain tiède mucilagineux. Amélioration progressive les jours suivans, telle que, sous l'influence du bouillon de poulet, de quelques cuillerées de crême de pain sucrée, il arriva au douzième jour, aussi bien rétabli que possible, c'est-à-dire que le gaster demandait des ménagemens, qu'il se contractait sur l'ingesta qui n'était pas en harmonie avec sa susceptibilité; qu'il y avait de fréquentes éructations; soif avec chaleur de la peau et sueurs toutes les nuits. Comment un paysan pouvait-il vivre ainsi l'espace de temps convenable pour améliorer sa position? Quoique celui-ci fût d'une fortune aisée, le ciel ne lui avait pas départi beaucoup de raison, il voulait que sa position finît d'une manière quelconque; il voulait, ou rentrer dans la vie avec tous les honneurs de la santé, ce qui était bien difficile, pour ne pas dire impossible, ou cesser de souffrir; il voulait se nourrir et boire du vin, afin de reprendre des forces et ranimer son existence, qu'il sentait défaillir. Je m'y opposai en vain, en lui prophétisant un triste résultat, en lui annonçant sa destruction. Je sais qu'il faut avoir l'âme pleine de vigueur et de philosophie, pour s'en tenir constamment à un régime sévère, et qui ne peut vous guérir; dont la puissance circonscrite se borne à éloigner alors de nouvelles lésions qui viendraient raviver la première et hâter le moment fatal; je sais qu'une volonté pleine d'énergie y faillirait souvent, parce que le moral est sous l'entière dépendance du physique, et que dans l'état de souffrance on ne peut se servir librement de sa pensée..... C'est donc à une bonne et riche alimentation qu'il eut recours. Il fallait que, chez lui, les sympathies fussent bien actives pour ne pas permettre la désorganisation immédiate! Toujours dans un état fébrile, intense, l'estomac se déchargeait de sa surexcitation sur les articulations, sur les membranes fibreuses et synoviales, sur l'organe cutané qui, semé de pustules sudorales, sécrétait une sueur presque continuelle; sur les reins, et enfin sur l'extrémité des muqueuses, par le moyen des épitaxis qui se répétèrent six fois....Mais quelque bienveillante que soit la nature, dans ces circonstances, il est un terme, il est un moment où tout doit finir. C'est le destin des choses d'ici-bas. Il me fit appeler au mois de septembre; la peau était semée de taches scorbutiques, l'haleine était fétide, les gencives spongieuses et saignantes, la respiration difficile, le pouls petit et fréquent et peu réactif, les mouvemens difficiles et lents. Du sang noir était rendu par les selles, par la bouche et les narines; la nutrition et la respiration, depuis longtemps, ne s'exerçaient plus que d'une façon bien irrégulière; un chyle hétérogène formé dans un organisme malade, soumis d'ailleurs à une hématose imparfaite.... Un sang ainsi composé, non oxidé, pouvait-il s'assimiler convenablement à nos organes, et leur conserver la contractilité, la forme de cohésion normale? Ce serait vouloir un résultat impossible! Que faire alors? Prescrire les toniques, les astringens, les acides minéraux? Hélas! leur puissance est bien limitée dans une telle circonstance. D'ailleurs ils ne pouvaient être admis comme moyens médicateurs rationnels. Pourquoi? me dira-t-on: ce sont les moyens consacrés pour guérir le scorbut? — Le scorbut n'est pas plus une maladie de toutes pièces que toutes les autres; il est, comme je viens de le prouver, le résultat de l'abatardissement des fonctions, par suite de lésion des organes. Bien certainement, sans cet état des actes vitaux, il ne peut y avoir des produits identiques à ceux qui résultent du travail de nos organes dans l'état normal: le sang qui provient d'un chyle mal élaboré, non hématosé, influencé d'ailleurs par une circulation constamment accélérée, peut-il contenir de la fibrine? peut-il être rouge et plein de vie. Non, certes! Il est constamment noir et très liquide; il abonde en carbone, et se fait remarquer surtout par l'absence de la fibrine. Puisqu'il ne contient plus les élémens de la nutrition des organes, puisqu'il est composé en raison inverse de leur nature, il ne peut donc, en les traversant, alimenter la sensibilité, la contractilité, au contraire, pervertes. De là doit résulter nécessairement la diminution dans la force de cohésion des tissus, relâchement et fragilité des solides, passage, épanchement facile d'un sang noir et liquide dans toutes les parties, hémorrhagies, etc. Voilà le tableau physiologique du scorbut; je le crois d'accord avec celui d'un *grand-maître*. Quoi qu'il en soit, l'eau de végétation, les sucs d'herbes, les végétaux frais, je les essayai en vain, comme je m'y attendais.... Je prescrivis l'eau de riz gommée, acidulée avec le citron et le laitage. Des gargarismes d'eau d'orge miellée et chlorurée légèrement; des frictions sèches, de l'aération.... Malgré tous ces moyens, il est mort quelques jours après dans un état *cyanique bien prononcé*, avec *insensibilité* du pouls, *extrémités froides*, et la périphérie toute noire.

J'en ai fait l'ouverture, en voici le résultat:

L'enveloppe tégumentaire noire, comme chez une personne qui n'aurait terminé son existence qu'après une asphyxie prolongée, laissait à peine distinguer les ecchymoses, les pétéchies, si multipliées et si visibles avant la cyanose, produites par du sang épanché dans le tissu cellulaire. Toutes les parties sur lesquelles le décubitus s'était prolongé, étaient infiltrées au plus haut degré du même fluide. Les muscles eux-mêmes se déchiraient avec la plus grande facilité, ainsi que tous les tissus. Les veines remplies d'un sang noir offraient, sur leur tunique interne, une teinte de la même couleur, qui ne disparaissait pas au lavage.

Les gencives étaient gonflées et bleuâtres, pleines de sang. La muqueuse de la bouche, du pharynx, du nez, dans un état de boursoufflement, d'infiltration sanguine, exhalant une odeur infecte. L'œsophage à peu près dans le même état. Le gaster, tapissé par une couche membraneuse grise, rougeâtre, épaissie provenant du détachement de la muqueuse. Dans le bas-fond, et près du pylore, larges plaques noires, circonscrites, exhalant une odeur de gangrène. Une infinité d'ecchymoses de différentes formes, de diverses grandeurs gisaient dans tout le tube intestinal, dont le système veineux était rempli, gorgé de sang noir. Les ganglions du

mésentère dans un état de tuméfaction, d'induration; la veine-porte, distendue par un sang noir et liquide; le foie couleur lie de vin et friable.

Les poumons, engorgés par un sang veineux noir liquide, offraient des granulations nombreuses dans le côté droit dont la plèvre avait des adhérences avec la plèvre costale.

Le cœur droit était distendu par un sang de même nature; il y avait *amincissement* des parois de l'oreillette et du ventricule, avec *distension anormale*. C'est, selon moi, un état morbide qui n'existait pas du tout dans le principe, et qui n'avait été caractérisé par aucun symptôme appréciable, sensible; il doit être le résultat de l'*impression répétée* d'un fluide *hétérogène*, sur la membrane interne qui tapisse les cavités et sur laquelle il faisait une sensation désagréable, irritante, qui a fini par laisser des traces; ces cavités ne réagissant plus, comme dans l'état normal, sur le sang décomposé qui lui arrivait des veines-caves. D'ailleurs, l'affection du cœur veineux, correspondait ici évidemment avec une lésion de toutes les veines, qui *toutes étaient dans un état d'engorgement manifeste*, ainsi que je l'ai noté, tandis que le système artériel ne présentait rien de particulier. J'ignore s'il en est constamment ainsi; mais c'est une observation d'anatomie pathologique qui, ici, était bien appréciable, et que je ne pouvais passer sous silence.

L'encéphale ouvert nous présenta des traces d'inflammation ancienne, avec épaississement dans l'arachnoïde, et la pie-mère parcourue par des vaisseaux remplis de sang noir. La moëlle cérébrale était plus différente, plus brune que dans l'état normal. Ce qu'il y a encore de particulier, c'est que tous *les sinus* étaient engorgés par un sang noir et fluide.

Voilà un cas manifeste de scorbut survenu à la suite d'une affection prolongée du gaster, qui, pendant longtemps, a attaqué la nutrition dans sa source en entravant l'acte essentiel de la digestion : d'où les résultats dont j'ai parlé plus haut. Était-il possible que ces antécédens existassent, sans que les poumons et le cœur en ressentissent la funeste influence? Comment sous de semblables auspices l'hématose pouvait-elle s'opérer? Comment, je le répète, le sang, ce fluide vital, résultat du travail de l'organisation, pouvait-il se dépouiller parfaitement de son principe mortifère, pour s'empreindre d'une nouvelle vie? Est-il possible que ce fluide, alors en raison inverse de la sensibilité du cœur et des autres organes, pût porter l'animation sur son passage, pût présenter à chaque organe les molécules de nutrition, en harmonie avec ses besoins de réparation? Il jetait tous ces tissus dans une stupeur qui devait précéder la cessation de leurs fonctions; en un mot, ce sang veineux, mortifère, en pénétrant tous les organes, et la périphérie cutanée, lui a communiqué sa couleur, la *couleur noire, si remarquable* en ce moment, parce qu'elle caractérise les malheureux attaqués par le *choléra*... Cet état cyanique ne serait-il pas un résultat de l'affection du cœur dont nous avons parlé? Je le pense, moi. Au surplus, ce point d'analogie peut-il offrir quelque chose d'étonnant, puisque la vie de l'homme résulte du jeu de son organisation, qui peut être entravée dans tant de circonstances? Je ne cherche pas à offrir un fait décousu, sans le mettre en rapport avec les causes qui ont pu lui donner naissance : oui, dans le scorbut le sang est décomposé, mais il n'offre les traits de cette décomposition qu'en raison de *l'entrave* dans l'exécution des fonctions, qu'à cause des lésions des organes sous l'influence immédiate desquels il est placé comme résultat.

Je viens d'offrir un *point final d'analogie* avec le *choléra*... Dans une autre observation, nous avons aussi, à la suite d'*un breuvage irritant*, observé un grand désordre avec *insensibilité* du pouls, *langue large, plate, froide; la peau froide et livide*, dans une gastro-entérite intense... Il est probable que ces phénomènes, ces symptômes insolites étaient dus à la constitution atmosphérique existante alors, et que, si je n'eusse pas attaqué vigoureusement la phlegmasie abdominale, nous eussions été témoins des autres symptômes observés dans cette *maladie* meurtrière, dont le passage a mis bien des familles en deuil. J'ai rencontré quelques cas que je pouvais ranger dans la même catégorie; je ne l'ai pas fait, je n'en ai pas donné connaissance, parce que j'ai cru qu'il était alors inutile d'avertir le vulgaire de trembler plus fort; parce qu'en un mot, la médication toujours adressée avec énergie à l'organisme souffrant, m'a constamment réussi, à l'exception d'une seule fois, où j'ai été appelé trop tard...

A cette occasion je crois devoir placer ici l'extrait d'un mémoire que j'ai lu, en séance de 1832 (1er mars), à la Société médicale de Tours; je disais que :

« Les nombreux mortiers, les étangs, les eaux stagnantes qui couvrent du S.-E. au S.-O. le pays que j'habite, donnent naissance à des maladies. Les riverains éprouvent constamment les premiers l'influence de cet air empoisonné. Ces affections se manifestent souvent par les symptômes du plus terrible choléra-morbus, qui prend naissance dans l'insalubrité du sol, dans l'empoisonnement de l'air, dans les fautes de régime, dans l'abus des passions, et qui provient d'une *endémie* et *non* de miasmes *empoisonnés*, dont l'air *s'est chargé sur le littoral de l'Indus, du Gange ou du Sénégal*, pour montrer aux habitans de l'hémisphère boréal un aussi triste échantillon.... S'il est permis à l'esprit humain de rêver au dix-neuvième siècle, peut-on concevoir de telles folies...? Comment, *nous craindrions de respirer ici une atmosphère imprégnée des molécules limoneuses* des grands fleuves de l'Asie!... Et c'est après son passage *sur de vastes mers*, où il se *divise*, où il se *combine* à l'infini, avec un *air salin chloruré*, où il *s'imprègne* de cette *eau saturée de chlorure d'oxide de sodium*... et c'est après *son mélange avec l'air pur des hautes montagnes de l'Asie*, qu'il est forcé de traverser, pour se rendre *sur une zône glacée*, par un froid rigoureux!!!... Messieurs, dans les ténèbres de l'esprit humain, on nous eût montré là le doigt de Dieu... Naguères encore, ces troupes de religieux nomades qui, par esprit de secte, déclaraient la guerre à la raison, eussent voulu exploiter à leur avantage cette série de calamités humaines, en nous remémorant ces fléaux qui frappèrent l'ancienne Égypte... Mais nous! nourris de scepticisme et de philosophie, nous suivrions le torrent!.. Sous toutes les latitudes, au pôle comme à l'équateur, sous l'un et l'autre tropique, l'homme est circonvenu par des causes nombreuses de destruction; *l'homme, dans tous les pays a des organes par lesquels il vit*, par lesquels il souffre, par la détérioration desquels il meurt; *partout l'homme*

peut-être empoisonné par une atmosphère ambiante saturée de molécules animales et végétales en décomposition... Mais les régions méridionales, mais les parties du globe, soumises à l'influence presque continuelle d'un calorique rayonnant, arrosées par des eaux non resserrées dans leur lit, par des eaux qui, à la suite de pluies abondantes, se répandent dans les terres moins élevées que l'un et l'autre littoral, où elles sont obligées de séjourner jusqu'à l'entière évaporation; mais, dans ces pays où l'homme a peu fait encore pour l'homme, où une nature sauvage multiplie les obstacles des pauvres humains... C'est sur cette terre empoisonnée que l'homme trouve, dans l'atmosphère ambiante, dans l'air qu'il respire, une mort assurée.... Je sais que l'impression de cette décomposition est émoussée par l'habitude; mais interrogez l'organisme, jetez un simple regard sur ces malheureuses peuplades, et vous pourrez vous rendre compte d'un acclimatement sur ce sol inhospitalier....

» Sous une *latitude boréale, humide*, il n'en est pas ainsi : une autre cause destructive, peut-être non moins puissante, existe: l'humidité froide de l'atmosphère enraie simultanément et les fonctions de la peau, et le jeu des poumons. C'est ce bain glacial et continuel, extérieur et intérieur, qui tend à déprimer l'organisme, à annihiler la vie, à opérer promptement la destruction de l'homme.... Eh bien, sous ces latitudes opposées, sous l'influence diverse de ces agens détériorateurs, vous *observerez une lésion profonde et simultanée de plusieurs systèmes* organiques: *l'estomac réagira avec énergie, sous la pénible impression* qu'il éprouve. *Les vomissemens se multiplieront ainsi que beaucoup d'autres symptômes, toujours résultats de la réaction d'organes lésés* plus ou moins profondément.... Et vous *crierez au choléra-morbus!.... à l'épidémie exotique!....* et l'imagination fera le reste... Sans doute je vénère un grand talent! Sans doute je voudrais m'identifier avec lui : mais je ne puis rien admettre sans examen préalable. Tout ce que ma raison réprouve, je le place à l'index, je l'analyse, et souvent je le récuse comme un nouveau témoignage de la fragilité des jugemens humains. La vérité est le but constant de mes efforts, et je ne craindrai jamais de mettre ma pensée au grand jour.

» Je sais qu'on a observé des symptômes insolites dans les affections morbides de nos climats; des symptômes qui ont beaucoup d'analogie avec ceux du littoral indien... Voilà ce me semble toute la conséquence qu'on peut en tirer, et *non* de faire *voyager* capricieusement, dans notre Europe, des molécules limoneuses du Gange, *pour frapper telle localité, et épargner telle autre tout auprès; abattre des individus malingres dans une grande ville ou sur le littoral d'un fleuve*, tandis que tant de pays, qu'une si nombreuse population habite, sont encore heureusement vierges de ce fléau.... Où donc reposer mon esprit dans ces nombreuses contradictions.... Je ne puis rien croire au-delà mes sens. Je crois à une causalité générale qui prédispose le tube alimentaire à être *affecté de telle manière*; je crois également *à une cause locale* qui frappe les personnes *malingres*, disposées aux *écarts de conduite*. Quant au reste, j'ai dit ma façon de penser dans le paragraphe précédent, et c'est à tort, selon moi, qu'on anathématise les vases infects du littoral asiatique, dans cette occasion comme dans beaucoup d'autres, tandis que dans notre Europe civilisée, on trouve *des causes nombreuses de léthalité...*

» Il ne manquait plus que de crier à la contagion comme quelques médecins... A la contagion! Messieurs, il ne manquait plus que cette triste supposition pour couronner l'œuvre avec les patentes brutes à purger et les cordons sanitaires. *A la contagion!... Et ces malheureux Polonais, presque tous malades par suite des fatigues d'une guerre désastreuse, de marches forcées, de bivouacs sur une terre froide et humide, d'une mauvaise alimentation* et d'affections morales tristes... A la contagion!... les Polonais ont aussi entendu ce cri terrible!

» *Au milieu d'un grand nombre d'hommes rassemblés sur un même point, dans un total dénuement, sans mesures sanitaires*, avec le courage du désespoir, quels infortunés n'auraient pas succombé comme eux?.... Dans un tel foyer d'infection, *on devait craindre, on pouvait même croire* à la contagion, à cause de la communication rapide de la maladie, de sa facile transmission par l'air, des autres causes énumérées, et du grand nombre de victimes chaque jour moissonnées... Mais, hors de ce point central, de ce foyer, *à l'abri* des causes sous l'influence desquelles ces infortunés succombaient, cette croyance devait s'évanouir... Ils ont traversé la Germanie et la France, et nulle part ils n'ont communiqué ce fatal choléra!... »

Je reviens aux désordres occasionés par le poison des ophidiens, but principal de ce mémoire, déjà assez étendu... C'est toujours *l'estomac qui est le premier frappé*, quel que soit le mode d'inoculation du fluide vénéneux; c'est toujours sur cet organe que le fluide épuise son action; c'est toujours lui qui est le *douloureux mobile*, pour me servir de l'expression d'un médecin justement célèbre; c'est le centre morbide d'où partent les irradiations sympathiques qui vont porter le trouble dans les fonctions des autres organes. Aussi ma première prescription est une forte application hirudinale, à l'épigastre, qui donne presque constamment le signal de l'amélioration. Nous ne sommes plus au temps des spécifiques. La raison en fait justice. Le corps humain n'est pas un creuset dont les parois soient inertes. Un animal, dans toutes les circonstances, ne vit que par ses organes. Enlevez-lui ces rouages, il n'est plus qu'une masse de matière qui, placée immédiatement sous l'influence des lois purement physiques, se décompose en ses élémens primitifs, et présente, pour principal résidu, une parcelle de terreau, base primitive d'un être qui se croit façonné pour dicter des lois à la nature.

Observation d'une amputation dans l'articulation coxo-fémorale, pratiquée à l'hôpital d'Abou-Zabel (Égypte), *le* 10 *novembre* 1828;

Par CLOT-BEY,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine et en chirurgie, inspecteur du service de santé des armées de S. A. le vice-roi, membre du conseil-général de santé, directeur de l'École de médecine.

Ali Homer, Arabe, soldat au 4me régiment d'infanterie,

âgé d'environ vingt-six ans, d'une constitution faible, fut blessé d'un coup de fusil tiré à bout-portant, dans une révolte qui eut lieu dans une petite ville de Morée, appelée Arcadia, en août 1828. La balle atteignit la partie postérieure et supérieure de la cuisse gauche, et fractura le fémur, sans traverser le membre. Transporté à l'hôpital de Modon, il y séjourna environ deux mois, pendant lesquels plusieurs esquilles sortirent spontanément ou furent extraites. La blessure ne laissant pas entrevoir au chirurgien l'espoir d'une guérison qui pût rendre Homer au service, il fut envoyé en Égypte, en septembre, et dirigé sur l'hôpital d'Abou-Zabel, où il entra le 5 octobre. Placé à la salle de clinique chirurgicale et soumis à mon examen, je le trouvai dans l'état suivant :

Maigreur extrême, face bouffie et décolorée, pouls fréquent et petit avec exacerbation fébrile le soir : diarrhée, gonflement œdémateux considérable du membre malade, raccourcissement d'environ quatre pouces. Le chevauchement et la disposition des fragmens forment, à la partie supérieure externe de la cuisse, une saillie considérable. A sa partie postérieure, près de la tubérosité de l'ischion, existent deux ouvertures fistuleuses par où s'écoule un pus sanieux et très-abondant. Une sonde, introduite dans ces ouvertures, pénètre en divers sens, et fait reconnaître la dénudation du fémur, des anfractuosités nombreuses, et la présence de plusieurs esquilles. Des mouvemens imprimés au membre, rendent sensible la non-consolidation de la fracture.

Pour juger si le repos, des pansemens méthodiques et un régime analeptique apporteraient quelque amélioration à son état, on le soumit à quelques jours d'expectation. Des circonstances particulières m'ayant tenu loin de l'hôpital je ne pus qu'après trente-cinq jours me rendre auprès du malade, dont l'état avait empiré. Une consultation, assemblée à ce sujet, décida que l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale était le seul moyen qui offrît quelques chances de salut; et en conséquence, je la pratiquai, le 10 novembre, en présence de MM. les docteurs Pariset, Dumont, Lagasquie, membres de la Commission d'Égypte pour la recherche des causes de la peste; de M. Delatre, chirurgien-major de la frégate *La Circé;* des professeurs de l'École, de plusieurs officiers de santé de l'armée et des élèves.

L'opération fut exécutée de la manière suivante :

Le malade, attiré sur le bord inférieur du lit, le membre soutenu par un aide, un second aide exerçait la compression avec les doigts de la main droite, appliqués transversalement, par rapport à la direction de l'artère, au-dessus de l'arcade crurale. Placé au côté externe du membre, je plongeai un long couteau à double tranchant, à un pouce environ au-dessous de l'arcade et en dehors de l'artère, rasant la face interne du fémur; je fis sortir la pointe de l'instrument à la partie postérieure, les chairs de la partie interne étant intermédiaires; enfin je taillai un lambeau d'environ six pouces de longueur, dont un aide saisit la lèvre antérieure où se trouvait l'artère, pour s'opposer à l'hémorrhagie en cas que la compression ne fût pas exactement exercée sur l'arcade. Une seconde incision fut faite, partant de l'angle antérieur de la première, et contournant la cuisse jusqu'à la rencontre de l'angle postérieur. Alors le membre étant porté dans l'abduction, j'incisai la capsule, le ligament inter-articulaire, ensuite le ramenant en dedans, j'achevai de le détacher, ce qui fut fait dans une minute et demie, sans qu'il s'écoulât deux onces de sang. La fémorale et la profonde, coupées au moins à deux pouces et demi au-dessous de l'arcade, furent liées, ainsi que trois autres branches. Les ligatures furent mises dans l'angle antérieur, le lambeau fut appliqué sur la surface de la plaie, à laquelle il s'adaptait, et qu'il recouvrait parfaitement; puis fixé et maintenu dans cette position par plusieurs points de suture. De la charpie et un bandage contentif soutenaient le tout. Le malade, porté dans son lit, avait la peau froide, le pouls petit et concentré. (Potion cordiale, infusion de tilleul, application de flanelles chaudes, diète.)

Examen pathologique du membre.

Gonflement extrême du membre, infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire. Sur le trajet de la plaie, on rencontre dans l'épaisseur des chairs plusieurs fragmens de balle qui forment un volume excédant celui d'une balle de fusil. A la partie antérieure et inférieure de la cuisse, près de l'articulation du genou, existe, sous le droit antérieur, un abcès qui contient plusieurs onces de pus.

Le fémur, dépouillé des chairs qui l'enveloppent, a une forme très-irrégulière : la fracture existe vers la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur; elle se compose de cinq fragmens et de plusieurs esquilles. Le supérieur comprend la tête, le col, le grand et le petit trochanter. En avant, ce fragment ne présente aucune altération, la tête est dirigée en arrière, et le grand trochanter dans le sens opposé. Le fragment inférieur le plus volumineux est formé des deux tiers de la totalité de l'os; il présente, à deux pouces du condyle et antérieurement, une ouverture de quatre lignes de diamètre, communiquant avec la cavité médullaire; il est recouvert dans toute son étendue de végétations osseuses; son extrémité supérieure, taillée en bec de flûte, dirigée en arrière, est nécrosée dans l'espace d'un pouce. Les autres fragmens sont trois grosses esquilles irrégulièrement disposées entre les deux premières pièces. Les cinq fragmens s'unissent entre eux au moyen d'un tissu ligamenteux : les esquilles sont couvertes de végétations osseuses et d'une espèce de périoste; la disposition des fragmens ôte à cet os quatre pouces de sa longueur normale.

Visite du soir, à trois heures, chaleur à la peau, pouls développé et fréquent. (Tisane de lin édulcorée, diète.)

Le 11, pas de sommeil pendant la nuit, douleur dans la plaie, pouls fréquent, langue sèche : le moral qui était abattu la veille, est dans un meilleur état; un suintement abondant a humecté l'appareil. (Mêmes prescriptions.)

Soir, sommeil de plusieurs heures, pouls naturel, langue humide. (Mêmes prescriptions.)

Le 12, douleur à l'hypogastre, l'aorte abdominale et les artères iliaques battent avec beaucoup de force, langue sèche. (Fomentations émollientes.) Mêmes prescriptions.

Le 13, deux selles liquides d'une odeur fétide; les douleurs du bas-ventre continuent ainsi que la force des battemens des artères. (Mêmes prescriptions.)

Le 14, nuit calme, pouls naturel, désir des alimens. (Crême de riz.) Mêmes prescriptions.

Soir, selle liquide. (Crême de pain.) Mêmes prescriptions.

Le 15, nuit calme, pouls naturel, langue sèche; deux selles liquides contenant deux vers lombricaux. L'appareil est renouvelé, la plaie ne présente que trois ou quatre lignes d'écartement; le lambeau paraît réuni dans toute son étendue. (Mêmes prescriptions.)

Soir, trois selles liquides, pouls petit, concentré, traits affaissés. (Potion gommée anodine, eau de riz, friction sèche sur la peau.)

Le 16, nuit calme, pouls petit et concentré, langue sèche. (Eau de riz gommée, frictions sèches, fomentations émollientes sur le bas-ventre.)

Soir, pouls faible, langue sèche, face terreuse, extrémités froides, deux selles liquides contenant un lombric. (Potion gommée anodine, eau de riz gommée.)

Le 17 matin, agitation durant la nuit, face hippocratique, perte de connaissance, pouls insensible. (Potion gommée éthérée.)

Mort à onze heures du matin.

Autopsie.

Habitude extérieure. Teinte jaunâtre de la peau, maigreur extrême, abdomen déprimé, jambe et pied droits œdématiés. La plaie a une forme demi-circulaire, qui s'étend de l'épine antérieure et inférieure de l'os des îles à la tubérosité de l'ischion. La réunion est immédiate sur plusieurs points, le lambeau est adhérent, il faut même une traction assez forte pour le détacher : les ligatures occupent l'angle antérieur et tiennent solidement. L'examen des vaisseaux montre la musculaire profonde, naissant de la fémorale sous l'arcade crurale; elles ont environ deux pouces et demi de ce point à celui où elles sont liées. Le point des artères compris dans les ligatures forme un collet d'environ deux lignes; leur calibre est oblitéré et adhérent; chaque vaisseau contient un caillot conique d'à peu près un pouce de longueur.

Abdomen. Les parois en sont très-minces, la surface externe de l'estomac et des intestins est d'un blanc perlé; le ventricule contient quelques onces d'un liquide jaunâtre; la muqueuse gastrique offre quelques légères stries rougeâtres; la duodénale est teinte de bile; l'intestin grêle renferme un tænia d'environ trois aunes de longueur et quatre lombrics. On observe sur divers points des plaques rougeâtres et boursouflées; le cæcum et le colon n'offrent rien de particulier, le rectum est resserré, toute la muqueuse est recouverte d'une couche albumineuse, qui s'enlève par un léger frottement, et laisse à nu une surface ulcérée de couleur cuivreuse. Toutes les glandes mésentériques sont tuméfiées; le foie, la rate et les reins n'offrent rien de remarquable.

Thorax. Les organes contenus dans cette cavité sont dans l'état naturel.

Crâne. L'arachnoïde est épaissie et infiltrée de sérosité; plusieurs points de la surface du cerveau présentent des taches grises piquetées de points noirs : les ventricules et le parenchyme ne présentent aucune altération.

Réflexions.

Les conditions dans lesquelles se trouvait le malade étaient des plus défavorables; mais la nature des désordres ne laissait aucun doute sur la nécessité de l'opération, seule chance de salut pour lui, comme l'a très-bien démontré l'état pathologique du membre. J'ai été encouragé à la pratiquer, par les succès qu'elle compte déjà, succès que pouvait ici favoriser la facilité avec laquelle les blessures diverses guérissent en Égypte. Cette remarque est un fait dont je me suis convaincu dans mainte occasion, et tout récemment dans un cas d'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, avec résection du col de l'omoplate. Le malade était dans des conditions tout aussi défavorables.

Le procédé de M. le baron Larrey, modifié par M. Delpech, est celui que j'ai adopté. J'ai cru pourtant, à l'exemple de quelques chirurgiens, pouvoir me dispenser de lier l'artère avant l'opération. Le résultat a répondu à mon attente, puisque l'aide a pu très-bien la comprimer dans le bord antérieur du lambeau, et qu'il n'y a eu qu'une très-petite quantité de sang répandu. La ligature de la fémorale n'eût pas suffi dans ce cas pour mettre à l'abri de l'hémorrhagie, puisque la musculaire profonde naissait au-dessus de l'arcade.

Je pense que ce procédé pourrait être suivi dans tous les cas, attendu que la ligature préalable est une première opération qui est quelquefois longue et difficile, soit par des dispositions naturelles, soit par l'état pathologique de la partie, et que dans un fait analogue à celui-ci, elle ne préviendrait pas l'hémorrhagie que l'on redoute. Je n'ai formé qu'un lambeau interne, persuadé, comme M. Delpech, qu'on offre par ce moyen moins de surface à la suppuration. D'ailleurs, comme un lambeau externe ne pourrait être composé que de parties tendineuses et aponévrotiques qui s'unissent difficilement; l'interne, formé de muscles larges et épais, suffit pour recouvrir toute la surface de la plaie, et remplir la cavité cotyloïde. A l'exemple de ce professeur, j'ai employé la suture comme un moyen sûr de maintenir exactement ce lambeau. En effet, la réunion s'était opérée sur toute la surface de la plaie, excepté au point correspondant à la cavité cotyloïde où elle a dû être empêchée par la petite quantité de pus qui s'y est trouvé, et qui provenait probablement de ce que les parties n'étaient pas dans un contact parfait. Les vaisseaux liés se trouvant dans l'épaisseur de la lèvre antérieure du lambeau, il m'avait paru simple de porter les fils en avant, pour qu'ils eussent moins de trajet à parcourir. Je pense, cependant, qu'il eût mieux valu les placer à l'angle postérieur, afin de fournir un couloir plus favorable au pus. Du reste, il me paraît démontré que le malade n'a pas succombé aux suites de l'opération, puisqu'aucun accident n'a compliqué la marche de la plaie, et que le travail adhésif était presque complet; mais plutôt à l'entérite chronique dont il a été trouvé des traces suffisantes pour qu'on puisse attribuer la mort à cette cause.

DE LA RHINOPLASTIE.

(*Quatrième article.*)

La santé de Lanelongue étant complètement rétablie, et sa physionomie ne conservant plus la moindre trace du pro-

fond désespoir où je l'avais vu peu de temps auparavant, je profitai des heureuses dispositions où il se trouvait, pour procéder sans plus de retard à l'opération que je lui avais proposée. Le malade ayant donc consenti à subir toutes les chances de cette douloureuse tentative, je l'y préparai vingt-quatre heures à l'avance, par une diète sévère et des boissons tempérantes.

Nous le plaçâmes sur un siége solide, bien exposé au grand jour. Prenant alors le patron de papier, dont j'avais fait choix sur une demi-douzaine de modèles, de grandeur et de forme un peu différentes, afin de me décider pour celui qui me paraîtrait le mieux approprié à l'air de la figure, j'examinai attentivement si tous les bords de ce modèle étaient en rapport bien exact avec les surfaces sur lesquelles devait être greffé le lambeau (1). Lorsque j'en eus acquis la certitude, j'étendis ce patron sur le front du malade, j'y traçai avec de l'encre très noire les contours du papier, ayant soin de faire mon dessin un peu plus grand que le modèle ne l'indiquait, afin d'obvier aux effets de la rétraction qui a toujours lieu dans les tissus après leur division, surtout lorsqu'ils sont en partie détachés. N'oublions pas de dire qu'il existe encore dans le cas de rhinoplastie, un raccourcissement consécutif du lambeau, provenant de la suppuration de sa face interne, qui finit par se revêtir d'une cicatrice formée d'un tissu fibreux très contractile, dont l'action est permanente. Je pense même qu'à cause de cette circonstance, il serait plus convenable de découper d'après le patron choisi, un second modèle en papier, dont les dimensions seraient plus étendues. Pour ne pas avoir su prendre toutes ces précautions, il est arrivé mainte fois, que tel lambeau, qui semblait d'abord présenter toutes les dimensions convenables, ne tardait point à se rétracter, à s'amoindrir, et à ne plus présenter qu'un simulacre de nez. Nous concluons donc, en rappelant encore le sage précepte de Tagliacozzi, *meliùs est amplas gestare nares, quam minutas et deformes*, qu'il faut dessiner sur le front du malade un lambeau un quart plus grand que le nez qu'on veut obtenir.

Mon tracé terminé offrait l'image *d'un triangle isocèle renversé, dont les deux côtés égaux, longs de trente-deux lignes, étaient réunis par une base de vingt-huit lignes d'étendue, qui présentait extérieurement sur son milieu un appendice rectangle, long d'un pouce, et large de six lignes.* Ce petit lambeau de peau devait rester adhérent par une de ses extrémités à la base du triangle, tandis que de l'autre il était destiné à être implanté dans une ouverture profonde, pratiquée au dessus de la lèvre supérieure, afin d'y compléter la cloison nazale. Qu'on se figure une espèce d'*as de pique* renversé, ou bien un grand V fermé, dont le sommet tronqué serait placé entre les sourcils, tandis que la base, située à la partie supérieure, présenterait sur le milieu une languette de peau, de forme quadrilatère alongée, correspondant à la partie antérieure du cuir chevelu, que j'avais eu la précaution de raser dans l'étendue d'un pouce. Les deux angles supérieurs ou latéraux étaient légèrement arrondis pour mieux simuler le contour des ailes du nez (1).

2° Aussitôt que l'encre fut sèche, je fis contenir Lancelongue par deux aides, dont un, placé derrière, maintenait la tête, et l'autre, en avant, fixait les bras et les jambes. Prenant alors un petit bistouri, convexe sur le tranchant et dont je tins le manche comme une plume à écrire, je disséquai le lambeau de peau, en commençant de bas en haut, afin que l'écoulement du sang ne m'empêchât pas de distinguer la ligne noire du dessin que j'étais obligé de faire parcourir au tranchant de mon instrument. L'incision fut profonde; oblique en dehors, dans les deux tiers inférieurs, oblique en dedans vers le tiers supérieur, elle comprit dans son épaisseur toute celle des tégumens, une partie du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi qu'une portion du muscle occipito-frontal, sans toutefois intéresser le péricrâne, crainte de la nécrose (2). Au moyen de cette obliquité d'incision, la peau du lambeau fut plus coupée inférieurement aux dépens de sa face épidermoïque, et supérieurement aux dépens de sa face profonde. Cela me parut favorable, non-seulement pour faciliter son exacte agglutination dans l'incision également oblique en dehors, que je pratiquai supérieurement au devant des fosses nasales; mais encore pour prévenir, le long des parois du nez, la saillie à laquelle aurait pu donner lieu la cicatrisation des bords du lambeau, coupés perpendiculairement, et que l'on enchâsserait dans une incision profonde (3). Je détachai complètement la base du triangle surmonté de son appendice, ainsi que la presque totalité du reste du lambeau, qui ne demeura adhérent que par son sommet, situé entre les sourcils; m'étant aperçu que la torsion du pédicule ne s'opérait qu'avec difficulté, je prolongeai l'incision de gauche quatre lignes plus bas que celle de droite, ayant soin de donner à toutes les deux une direction un peu oblique vers ce dernier

(1) Afin d'abréger au malade la pénible anxiété qui précède toute tentative opératoire, il vaut mieux, la veille, s'occuper de la découpure des patrons, du choix qu'on doit en faire, et de tous les autres détails qui s'y rapportent. D'ailleurs, en s'y prenant à l'avance, on a plus de temps à soi pour rectifier le modèle qu'on a choisi, et pour bien comprendre sa forme, avec laquelle il faut s'être identifié avant de commencer l'opération.

(1) A la fin du dernier article nous indiquerons sur des planches lithographiées les figures exactes et proportionnées de ce modèle de nez ainsi que tout ce qui est relatif aux opérations rhinoplastiques. Il est presque inutile de dire que l'étendue du lambeau doit varier, suivant l'état particulier de chaque figure.

(2) Le muscle occipito-frontal, qui, à sa portion antérieure, est uni à la peau par du tissu cellulaire moins serré que dans la région sincipitale et occipitale, se trouve, par cette même raison, recouvert d'un peu de graisse qui donne plus d'épaisseur aux tégumens du front qu'au cuir chevelu. En second lieu, sa face postérieure est unie au péricrâne du coronal par un tissu cellulaire plus abondant que vers la partie supérieure et postérieure de la tête. Toutes ces dispositions sont très-favorables à la rétraction naturelle des tissus, ainsi qu'à celle provenant de leur état inflammatoire; circonstances qui ne peuvent qu'augmenter l'épaisseur du lambeau, et rendre plus facile l'entretien de sa vitalité.

(3) Nous démontrerons plus loin comment, au moyen d'une disposition inverse de l'incision, on peut obtenir, à la partie du lambeau qui correspond aux ailes du nez, la forme convexe qu'elles présentent dans l'état naturel. Il arrive même, qu'à partir du point d'intersection des deux lignes obliques, le changement de direction qu'on est obligé de donner au tranchant du bistouri, dessine vers la base du lambeau une courbure absolument pareille à celle de l'aile du nez.

côté, afin d'avoir plus de facilité à contourner le lambeau sur l'emplacement de l'ancien nez. Cette disposition présentait aussi l'avantage de ne point gêner la circulation du sang à travers du pédoncule, ce qui diminuait d'autant les chances de la gangrène.

Il est évident qu'à l'aide de cette précaution, non-seulement la torsion du pédicule est peu marquée, mais qu'on peut se dispenser de le couper comme on l'avait fait jusqu'à ce jour. C'est au hasard seul que j'ai été redevable de cette découverte, faite également par M. Lisfranc, et que d'autres voudraient rapporter à M. Blandin. Cette dissection fut très douloureuse, parce qu'elle intéressa quelques rameaux nerveux, fournis par la branche temporo-faciale de la portion dure de la septième paire, et d'autres filets provenant de la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, etc.

L'hémorrhagie, fournie par la veine frontale, et les vaisseaux artériels provenant de l'angulaire, fut assez abondante, mais je me gardai bien de l'arrêter, voulant éviter par là le développement d'une inflammation érysipélateuse, qui aurait pu compromettre le succès de l'opération. Cependant, si les artérioles incisées avaient donné lieu à une hémorrhagie trop abondante, j'en aurais pratiqué la torsion, plutôt que la ligature, afin que les fils ne fussent pas un obstacle de plus à la prompte agglutination des bords de la plaie (1).

3° Je renversai alors le lambeau, je le tordis sur lui-même de droite à gauche (du malade), et le présentai à l'emplacement qu'il devait occuper, de manière que la surface saignante était dirigée du côté des fosses nasales. Ce lambeau se trouva parfaitement conforme au premier modèle de nez dont nous avions fait choix, à cause de l'excédant que nous avions exprès ménagé, pour obvier à la rétraction du tissu qui survient aussitôt que le lambeau est formé. Après avoir examiné avec soin l'endroit où les bords saignans du nouveau nez devaient être greffés, j'incisai profondément d'avant en arrière, et de dedans en dehors les deux tiers supérieurs du pourtour des ouvertures nasales et dirigeai l'incision en sens inverse dans leur tiers inférieur. A l'aide de cette disposition, j'obtins de chaque côté un sillon dirigé obliquement en dehors à sa partie supérieure et obliquement en dedans à sa partie inférieure, sillon dans lequel j'enchâssai les bords du lambeau, que je fixai de chaque côté par quatre points de suture dite entrecoupée. Le troisième de ces points, en commençant de haut en bas, au lieu de ne traverser les lèvres du lambeau qu'à une ligne et demie de son bord, comme je l'avais pratiqué pour les autres, y pénétrait au contraire à la distance de deux lignes et demie, ce qui me permit, en serrant le nœud, de faire froncer cette partie de la peau, et de lui faire simuler le pli de l'aile du nez (2).

4° Restait encore l'appendice, qui, par l'effet de la rétraction, n'avait plus que neuf lignes de long et cinq de large. J'excisai en dédolant une portion de sa face épidermoïque vers son extrémité libre, afin de rendre ce point saignant et susceptible d'agglutination immédiate; je la relevai et l'insérai aussitôt, dans une ouverture presque quadrilatère que j'avais pratiquée au dessus de la petite fossette que présente la lèvre supérieure; je l'y fixai à l'aide d'un point de suture que je pratiquai en traversant avec l'aiguille, d'arrière en avant, le bord adhérent de la lèvre supérieure, et de haut en bas, l'extrémité de l'appendice. Je ramenai ensuite l'aiguille à la face interne de la lèvre en la traversant une seconde fois, mais d'avant en arrière et immédiatement au-dessous de la cloison nasale. Afin de rendre cette partie de l'opération plus exacte et facile à exécuter, j'incisai le frein de la lèvre, et une portion du repli formé par la membrane muqueuse. Cela fait, j'introduisis dans chacune des ouvertures des narines un petit bourdonnet de charpie, de forme alongée et cylindroïque, afin de les maintenir dilatées, sans cependant confondre leurs surfaces saignantes, qui devaient bientôt s'enflammer.

5° J'avisai ensuite aux moyens de remédier à la forme irrégulière de la grande plaie que présentait le front, dont la cicatrice eût été difficile à obtenir, et désagréable à la vue. En effet, la perte de substance opérée en cet endroit, présentait une espèce de triangle irrégulier, offrant deux petits angles saillans, correspondant à l'endroit des tégumens dont nous avions commencé à détacher l'appendice. Je me décidai, en conséquence, à agrandir la plaie pour la régulariser, la rendre plus facile à guérir, et obtenir une cicatrice linéaire. A l'aide du bistouri, je prolongeai l'incision de l'angle droit, supérieur de la plaie, c'est-à-dire au point correspondant au grand angle droit, situé à la base du triangle isocèle, formé par le lambeau. L'incision fut dirigée de manière à décrire le restant d'une courbe semi-elliptique qui, se rencontrant sur la ligne médiane, un demi-pouce en arrière de l'extrémité la plus élevée de la plaie, avec une ligne pareille que je pratiquai du côté opposé, me permit de retrancher les deux angles saillans formés par l'enlèvement de l'appendice, ce qui convertit la plaie en une ellipse assez régulière. J'en rapprochai les bords à l'aide de bandelettes agglutinatives, n'ayant pas jugé convenable d'employer des points de suture, comme M. Delpech l'a proposé et mis en usage (1).

---

(1) Pour mieux apprécier les avantages de ce moyen hémostatique, on n'a qu'à consulter l'intéressant travail *sur la torsion des artères*, publié par notre confrère et ami M. le docteur Amussat.

(2) M. Delpech, grand partisan des points de suture, les plaçait, dans ce cas, à trois lignes de distance les uns des autres. Il avait même la précaution, pour mieux affronter les parties, de nouer les points de suture sur de très petits rouleaux de sparadrap qui servaient à déprimer celui des deux bords qui aurait été disposé à faire saillie.

(1) Les points de suture, pour rapprocher dans cette circonstance les bords de la plaie du front, non-seulement ne sont point nécessaires, mais ne sont même pas sans danger vu la grande perte de substance. Il faudrait, pour mettre en rapport les deux lèvres de la plaie, opérer des tractions très-violentes, susceptibles de déchirer les tissus, ou de leur causer une inflammation érysipélateuse, qui pourrait compromettre le succès de l'opération. D'ailleurs, l'expérience a bien démontré que cette plaie, traitée par les bandelettes agglutinatives et pansée à plat, guérissait avec facilité et sans la moindre difformité.

J'eus lieu de m'apercevoir que, vu la facilité avec laquelle les tégumens du front se prêtaient à ce rapprochement, je ne tarderais point à obtenir une cicatrice longitudinale et nullement difforme. L'opération terminée, je procédai au pansement de la manière suivante : un large plumasseau de charpie, enduit de cérat, fut appliqué sur le front et maintenu à l'aide d'une bande qui serrait très peu, crainte d'occasioner une compression nuisible à la circulation du sang dans le lambeau. J'eus surtout la précaution de ne placer sur son pédoncule, qu'un peu de charpie molette, enduite de beaucoup de cérat, et sur laquelle je me gardai bien de faire passer la bande. Deux autres plumasseaux de forme alongée furent appliqués à sec de chaque côté du nez, pour le maintenir le mieux possible dans la ligne médiane, et le soustraire à l'action du froid. Pour fixer cette partie de l'appareil, je me servis d'une large bandelette agglutinative, que je fixai par une de ses extrémités, au sommet de la tête, d'où je la fis descendre vers le pédicule du lambeau. Arrivé en cet endroit, je la fendis dans tout le reste de sa longueur, et fis passer chacune des divisions le long des plumasseaux, afin de maintenir ces derniers contre les parois du nez. Chacun des bouts de la bandelette fut conduit en dehors des commissures des lèvres et fixé au dessous du menton. L'extrémité supérieure de la bandelette fut assujétie à l'aide de quelques tours de bandes qui, partant du sinciput, passaient sous le menton pour revenir à leur point de départ, et que je ramenais ensuite sous la nuque, et de là sur le front. Avant de terminer cette dernière partie du pansement, j'avais eu la précaution d'introduire quelques brins de charpie très fine, dans l'incision pratiquée entre la face postérieure de la lèvre supérieure et la base des gencives, afin de prévenir la trop prompte agglutination de ces parties, entre lesquelles se trouvait le nœud du point de suture qui fixait la cloison nasale.

Pendant l'opération, j'avais laissé couler abondamment le sang, afin de diminuer les chances d'une violente inflammation, toujours redoutable dans ces circonstances; cependant, lorsque l'hémorrhagie me gênait, pour distinguer avec précision les différentes parties sur lesquelles j'opérais, je faisais appliquer momentanément sur la plaie du front une large pièce d'amadou qui, interceptant l'écoulement du sang, me permettait de continuer mon opération avec toute sécurité. Un inconvénient, plus embarrassant, et auquel il me fallut résigner, faute de pouvoir y remédier, fut occasioné par la grande quantité de sang qui, pénétrant dans la gorge, sortait violemment par la bouche toutes les fois que la douleur arrachait des cris au malade. J'en avais la figure couverte; mais ce qui était plus incommode encore, c'est qu'à plusieurs reprises j'en reçus dans les yeux, ce qui m'obligea, à deux fois différentes, de discontinuer l'opération durant l'espace de quelques secondes.

Mais un incident plus grave, et qui me plaça dans une position bien critique, se présenta au moment où, après avoir détaché du front le lambeau tégumentaire, j'allais le mettre en rapport avec l'emplacement qu'il devait occuper. Avant de le renverser sur lui-même, ayant jugé nécessaire, comme je l'ai déjà dit, de prolonger l'incision de gauche jusqu'à la ligne médiane de la racine du nez, afin de faciliter la torsion du pédoncule, le malade éprouva une si vive douleur par la division inévitable, que je dus faire de quelques rameaux de la branche frontale du nerf ophthalmique de Willis, qu'il s'échappa des mains des aides, et s'élançant vers la porte, voulut se soustraire au reste de l'opération. Dans ce moment, la physionomie de Lanelongue présentait un aspect affreux; son front était ouvert par une large plaie, dont les bords rétractés par la douleur, avaient augmenté l'étendue; tout le reste de sa figure, le cou et les vêtemens, étaient inondés de sang. Mais ce qui paraissait le plus horrible à voir, c'était le lambeau de chair palpitante, qui, à chaque mouvement, ballotait sur l'une et l'autre joue.

Jugeant que mes exhortations seraient inutiles, parce que la persuasion n'avait plus d'action sur l'esprit de Lanelongue, exalté par la douleur, je courus après lui, et fermai la porte de l'appartement, dont j'enlevai la clef. Prenant alors le ton d'autorité que comportait la position où je me trouvais, je lui ordonnai de reprendre la place que je lui avais assignée pour l'opération, sous peine de s'y voir contraint. Lanelongue, pensant avec raison que toute résistance serait inutile, se remit sur son fauteuil, et supporta le reste de l'opération sans que je fusse même obligé de le faire tenir par des aides. Aussitôt que le dernier appareil fut appliqué, j'eus toutes les peines du monde à maîtriser les élans de sa reconnaissance; il voulut à toute force m'embrasser, ce dont je l'eusse volontiers tenu quitte, si je n'avais craint de diminuer les transports de sa joie. Le malheureux avait fait preuve de tant de soumission vers la fin de l'opération, que je crus devoir me résigner à mon tour et m'exécuter de bonne grâce.

Le lecteur qui, tranquillement assis dans son cabinet, lira les détails que je viens de rapporter, aura peine à concevoir dans quelle pénible situation je dus me trouver en ce moment. Laisser sortir le malade, qui ne voulait plus qu'on touchât à sa figure, était chose impossible dans l'affreuse position où il se trouvait. La commisération publique l'attendait sur le seuil de ma porte, et tout le blâme eût pesé sur moi seul. Personne n'aurait pris en considération l'impossibilité où j'aurais été de faire consentir Lanelongue à subir le reste d'une opération qui avait pour objet de le rendre à la vie sociale. N'adopter qu'une demi-mesure, et remettre le lambeau dans sa position naturelle, eût été rendre inutiles toutes les douleurs que j'avais déjà fait éprouver au malade, et donner lieu à un insuccès opératoire, propre à déconsidérer la rhinoplastie. La réputation d'un médecin est sa principale richesse; d'elle seule peut dépendre tout le bonheur de sa vie; faudrait-il donc livrer à la discrétion du premier venu un bien aussi précieux? Et qui pourrait au monde nous indemniser d'une perte pareille!... Tout malade qui, après y avoir mûrement réfléchi, aura, d'après sa demande formelle, reçu les premiers coups de bistouri, et subi un commencement d'opération grave, ne doit plus être libre dans son propre intérêt, bien plus encore que dans celui de l'opérateur, de la faire suspendre dans le seul but de se soustraire à la douleur. En pareille occurrence, le praticien est moralement responsable de l'insuccès: c'est à lui de prendre toutes les précautions qu'il juge convenable, pour amener à bonne fin l'œuvre qu'il aura commencée. L'humanité lui en fait un devoir; la loi devrait lui en imposer l'obligation.

Immédiatement après l'opération, qui avait été longue et

douloureuse, à cause des soins qu'elle exigeait (elle dura vingt minutes), le malade fut conduit dans son lit, où je lui fis maintenir la tête et les épaules élevées par des oreillers. Je lui recommandai de ne point se coucher sur le côté, crainte de déranger l'appareil, ce qui aurait pu déplacer le nez de la ligne médiane, où nous avions tant intérêt à le conserver. Une garde-malade resta auprès de Lanelongue, et surveilla le moindre de ses mouvemens, surtout lorsqu'il dormait. Le silence absolu fut recommandé à l'un et à l'autre. La diète, le repos et des boissons adoucissantes furent les seuls moyens thérapeutiques que je crus devoir prescrire.

Quelques jours avant l'opération, je m'étais aperçu que Lanelongue était très sujet à éternuer; je songeai, dès cet instant, à prendre les précautions convenables, pour éviter le retour de cet accident, qui aurait pu devenir dangereux pendant les premiers jours de l'opération. En effet, l'éternuement est pour le nez ce qu'est la toux pour la poitrine. La sternutation balaie bruyamment et avec secousse toute l'étendue des fosses nasales, comme la toux, par son ébranlement, détermine l'expectoration des mucosités contenues dans les poumons. Ces considérations me déterminèrent à recommander qu'on ne laissât point pénétrer les rayons du soleil, ni de courant d'air frais dans l'appartement de Lanelongue (1).

Après l'opération de la rhinoplastie, l'ébranlement, causé par la sternutation sur les parois du nouveau nez, serait d'autant plus à craindre, qu'à cette époque les ouvertures nasales étant bouchées par de la charpie ou autres corps dilatans, tout l'effort de l'air expiré se concentrerait presqu'en entier sur le lambeau, ce qui le tiraillerait violemment et pourrait même déchirer les points de suture. On concevra facilement la possibilité d'un pareil résultat, en songeant que, lors de l'éternuement, la base de la langue étant élevée, et le voile du palais abaissé de manière à fermer l'isthme du gosier, l'air s'échappe presqu'entièrement par les fosses nasales.

Grâce à l'hémorragie que le malade avait éprouvée au commencement de l'opération, et que je m'étais bien gardé de supprimer trop tôt, il ne survint qu'un léger gonflement inflammatoire aux joues, très-peu d'élancemens à la tête, et seulement un peu de douleur aux yeux. La fièvre fut peu sensible, et tout le malaise qu'éprouva Lanelongue se borna bientôt à la gêne très incommode que lui occasionaient quelques mucosités sanguinolentes, qui étaient tombées dans l'arrière-gorge, et qu'il n'osait point expectorer, crainte que la secousse provenant des efforts de l'expectoration, ne dérangeât l'application immédiate de son nez, sur l'emplacement où je l'avais greffé. Dès les premiers jours, Lanelongue éprouva un vif appétit, mais il me fut impossible de satisfaire ses désirs, crainte que les tiraillemens, produits par la mastication de alimens, nuisissent à la prompte agglutination des bords du lambeau. Ce n'est même qu'à l'aide d'un chalumeau qu'il pouvait avaler un peu de boisson.

Le troisième jour après l'opération, je procédai au premier pansement; voici l'état dans lequel je trouvai les parties au lever de l'appareil:

Le nez était un peu gonflé, rose, uniforme, et cerné d'une ligne noirâtre de sang à demi figé, qui me permettait à peine de distinguer les points de suture, qui laissaient cependant suinter un peu de matière séro-purulente. Mais rien ne transsudait des bords de la plaie, dont l'agglutination avait déjà commencé. Il y avait au pédicule du lambeau, un peu de tension, ainsi qu'un peu de rougeur et d'engorgement aux parties environnantes. On sent très bien que dans les premiers temps, le pédicule ne peut jamais être aussi exactement coapté que tout le reste du lambeau.

La cloison nasale était légèrement rétractée sur les côtés, et ses bords tendaient à se raccornir en dedans. Cette disposition lui avait fait prendre la forme d'un petit pilastre, qui semblait destiné à soutenir le bout du nez. Les ouvertures des narines avaient été maintenues ouvertes par deux bourdonnets de charpie, mais comme elles étaient disposées à s'arrondir, je remplaçai ce premier moyen par deux morceaux de sonde creuse de gomme élastique, autour desquels j'eus soin de coller un peu de cire, de manière à leur donner une forme alongée, et légèrement conoïde comme le sont presque toutes les narines qui ont reçu un plein développement. J'humectai les bords de la plaie, avec de la décoction de graine de lin, afin de ramollir le sang desséché, et prévenir la formation d'une croûte, qui serait devenue incommode au malade, et nuisible à la prompte agglutination des parties. L'extrémité de l'appendice avait déjà contracté une adhérence intime dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, ce qui me permit de la débarrasser de son point de suture, dont j'avais noué le fil au dedans de la bouche, en haut de la lèvre supérieure, afin de mieux fixer la cloison dans une direction perpendiculaire. Je pus alors supprimer aussi les quelques brins de charpie que j'avais placés, entre la lèvre et le bord alvéolaire. La température du nez était à peu près la même que celle des environs de la plaie. Mais une particularité digne de remarque, c'est que le malade percevait du côté du front l'impression de mes doigts, que je promenais à la surface de son nouveau nez. Cette erreur de sensation a duré jusqu'au moment où le lambeau, complètement adhérent, fut identifié avec l'action vitale des tissus sur lesquels je l'avais greffé. Ce phénomène physiologique est trop facile à concevoir pour que nous devions en donner une application détaillée. Nous dirons seulement que, durant le temps où la partie tégumentaire reçut vie entière des tégumens du front, dont elle était encore partie intrinsèque et inhérente, elle dut en partager les sensations, puisqu'elle était soumise à la même innervation, et à la même action circulatoire.

La plaie du front était recouverte de bourgeons charnus, qui suintaient déjà une assez grande quantité de pus. J'en

(1) Il n'est personne qui n'ait souvent éprouvé les effets d'une vive lumière ou d'un air très frais, comme causes de l'éternuement. L'action du soleil est d'ordinaire si prompte sur bien des gens, qu'ils ne sauraient s'y exposer un seul instant sans éprouver aussitôt une violente sternutation; phénomène qui est probablement dû à l'impression subite qui se transmet de l'œil à la membrane pituitaire par le moyen des communications nerveuses établies entre ces deux organes, par la branche nasale du nerf ophthalmique de Willis.

rapprochai les bords à l'aide de nouvelles bandelettes agglutinatives. Je rappliquai le même appareil contentif que nous avons indiqué précédemment, et le malade fut soumis à une diète moins sévère. Des purées, de la semouille et du bouillon furent les seuls alimens que je lui accordai, afin de prévenir autant que possible les contractions des muscles de la face et les mouvemens des mâchoires; les pansemens furent renouvelés toutes les vingt-quatre heures; les bourgeons charnus touchés avec le nitrate d'argent ne tardèrent point à s'affaisser; la cicatrisation marchant à grands pas, je permis au malade l'essai de quelques alimens solides, qui lui furent continués, à dater du *huitième jour* après l'opération.

A cette époque, le lambeau n'était presque plus ni enflammé, ni engorgé, et son adhérence paraissait très intime, ce qui m'engagea à enlever tous les points de suture, à l'exception de ceux qui fronçaient la partie postérieure du lambeau, pour y simuler le pli des ailes du nez. Ces derniers ne furent détachés que vers le *douzième jour*. La face profonde ou postérieure du lambeau fournissait encore une suppuration très abondante, qui s'écoulait par les narines; mais le pus devint tellement épais vers le *quinzième jour*, que je fus obligé, à chaque pansement, de nétoyer la cavité nasale, à l'aide d'un petit pinceau à miniature, que je trempais dans une décoction émolliente.

Vers le *seizième jour*, que nous avions présumé devoir être l'époque où il conviendrait d'opérer la section du pédicule, ce dernier, grâce à l'obliquité que je lui avais donnée pour en faciliter la torsion, s'était tellement épanoui et affaissé, qu'il avait fini par se mettre en rapport immédiat avec les parties voisines, et n'avait pas tardé à contracter adhérence avec elles. Dès-lors, je conçus l'espoir d'éviter son excision, dont je redoutais les suites. Je rafraîchis une petite partie des bords du pédicule, qui n'avait pu s'agglutiner; j'exerçai sur elle une légère compression pour l'aboucher avec les lèvres de la plaie, située entre les sourcils, et j'eus le bonheur d'obtenir une réunion exacte, et sans la moindre difformité. Une circonstance que j'avais prévue dès le premier jour de l'opération, et qui arriva en effet comme je m'y étais attendu, fut la pousse de quelques cheveux qui, ayant continué à croître pendant quelque temps à la face inférieure de l'appendice, fournirent bientôt de très longs poils à la moustache de Lanelongue. C'était un très petit inconvénient, et les ciseaux furent un sûr et facile moyen d'y remédier.

Le dix-huitième jour, la réunion paraissait exacte de toutes parts. Le lambeau avait la couleur et la température naturelles, et les cicatrices qui l'unissaient aux joues présentaient déjà une assez forte résistance. Les piqûres des points de suture étaient presqu'entièrement effacées. Les parties furent laissées à découvert, et je me bornai à quelques légères lotions émollientes que je faisais pénétrer jusque dans les narines. Les démangeaisons que le malade y éprouvait étaient si intenses, qu'il eut toutes les peines du monde à résister au besoin d'y porter les doigts pour se gratter; il ne trouvait d'autre moyen pour les calmer, que de se frapper du poing toute la surface non encore cicatrisée de la plaie du front; il y allait si bon train, que mainte fois il la rendit toute saignante. Comme je ne voyais à cela d'autre inconvénient que de retarder la cicatrice, je laissai le malade satisfaire son envie, à condition qu'il ne toucherait point au nez.

Le vingt-cinquième jour, l'adhérence du nez était assez forte pour me permettre d'exercer sur lui de légères tractions en avant, avec compressions sur les côtés, afin de mouler un peu cette partie, en lui donnant autant que possible la saillie d'un nez naturel; mais il me fut impossible de le rendre pointu; l'extrémité resta légèrement arrondie, comme le sont la plupart des nez qu'on appelle *charnus*. A la fin du mois, la cicatrice du front était complète, et ressemblait exactement à celle qui proviendrait d'un coup de sabre dont on n'aurait pas tenté la réunion immédiate, mais qu'on aurait livrée à la suppuration.

Le son de voix de Lanelongue n'était plus nasillard ni rauque, comme avant l'opération; son arrière-gorge n'était plus sèche ni irritée; il percevait facilement toutes les odeurs, et recherchait avec avidité une prise de tabac, ce que j'empêchais le plus souvent possible. Un extrême plaisir pour lui était de faire sortir la fumée de son cigarre au travers de ses nouvelles narines. Il recherchait l'air frais avec autant d'empressement qu'il en mettait à l'éviter un mois avant. A peine six semaines s'étaient écoulées depuis le jour où je l'avais opéré, qu'il se sentait une envie démesurée d'aller se montrer à ses amis; mais comme les approches du froid se faisaient déjà sentir, et que je craignais qu'il n'arrivât quelque fâcheux accident à Lanelongue, qui, à sa première sortie, n'aurait pas manqué d'aller fêter son nouveau nez au prochain cabaret, je lui fis garder le logis jusque vers le milieu du mois de décembre, époque à laquelle je lui rendis une pleine et entière liberté.

Lanelongue était arrivé chez moi, mutilé, couvert de haillons, présentant une figure horrible à voir, et rappelant celle dont Graëf a tracé la hideuse image, dans son Traité de Rhinoplastie, publié à Berlin (1). Deux mois après, il sortit avec un nez passablement beau et parfaitement solide. Sa physionomie rayonnait de bonheur, et son cœur battait d'espérance pour un meilleur avenir. Enfin la métamorphose était si complète, que ses amis eurent d'abord grand'peine à le reconnaître (2). Pendant quelques jours, il se joua même de leur étonnement : il donnait l'aumône à ses anciens camarades, qui lui tendaient la main, sans se douter à qui ils s'adressaient; après les avoir largement rétribués, il s'amusait à leur demander des nouvelles du pauvre *rasat*, qui, dans l'argot, voulait dire *sans nez*, et ce n'était qu'après avoir préparé leur élan de surprise, qu'il *taupait* avec eux. Grand nombre des principaux habitans de la ville d'Aix,

---

(1) *Si nasus deficit planè, qui in hoc malum ceciderunt, vitam inter mortales agunt neque vivorum hominum, sed calvarum potiùs hiantium imagines representare videntur. Conscii horroirs quo cœteros adspectu suo perfundunt, miseri miseriam ipsorum adeo persentiunt, ut animo depressi citius ad mortem properent, neque tristioris vitæ onus diutiùs ferre cupiant.* (Graëf. Berolini, 1818.)

(2) Il faut convenir, qu'un nez de plus, le son de voix qui avait changé, et un costume noir, qui avait remplacé les haillons dont Lanelongue était précédemment recouvert, durent en effet le rendre méconnaissable.

et entre autres M. l'archevêque de Carthagène, domicilié en Provence, par suite d'événemens politiques, l'aidèrent de quelques secours, ce qui lui permit de se rendre dans son pays, où il désirait aller revoir ses parens et ses amis, qu'il ne devait plus craindre d'effrayer comme lors de son retour d'Espagne. J'ai revu Lanelongue en 1828 et en 1829; son nez s'est toujours bien conservé, et ne diffère des autres que parce qu'il est moins proéminent, et cerné d'une cicatrice linéaire qui, de bleue qu'elle était, a fini par devenir blanche. Quant à celle du front, elle n'offrait rien de remarquable, son extrémité supérieure se perdait sous les cheveux; sa largeur était réduite à deux lignes environ, et son extrémité inférieure correspondait à la racine du nez, où elle avait approché les deux sourcils.

Nous avons soigneusement rapporté tous les détails de cette intéressante opération, parce qu'elle nous a fourni l'occasion d'y rattacher tous les principes de la rhinoplastie indienne, applicable au cas d'ablation complète du nez. Dans les chapitres suivans, où nous traiterons des autres degrés de mutilation de cet organe, nous tâcherons, autant que possible, de rapporter les procédés rhinoplastiques à des observations non moins intéressantes, et qui auront l'avantage de diminuer la sécheresse ou l'ennui qui accompagnent d'ordinaire toutes les descriptions purement scientifiques. Tel est le but éminemment pratique que nous sommes dans l'intention de suivre dans le cours de cet ouvrage, afin qu'on ne puisse pas supposer que notre objet principal a été de faire l'exposition théorique de la rhinoplastie.

J'ai souvent lu, et plus souvent encore entendu dire, que la peau du front, dont on forme le lambeau, n'offrant qu'une médiocre épaisseur, ne devait présenter qu'un degré de résistance insuffisant pour conserver la forme convexe et alongée du nez qu'on cherche à imiter. Cette opinion, qui semble incontestable au premier abord, n'est cependant rien moins qu'une erreur. Nous allons tâcher de le démontrer.

D'abord, l'expérience journalière prouve le contraire, et en second lieu, des recherches spéciales sur cet objet m'ont fourni, comme je l'ai indiqué, un moyen assuré de prévenir, dans tous les cas, l'affaissement de la pointe du nez. Quelques lignes suffiront, je l'espère, pour donner une explication simple et facile de l'opinion que je viens d'émettre.

1° Il est reconnu en principe, qu'un lambeau de peau détaché du reste des tégumens par une grande partie de sa circonférence, se rétracte, suppure par sa face profonde, qui, plus tard, devient *fibreuse*, et, par ce moyen, acquiert de l'épaisseur et de la solidité.

Dans le cas qui nous occupe, cette face profonde ou cellulcuse du lambeau présente, lorsque la cicatrice s'y est formée et rétractée, une gouttière parallèle à son axe, dont la concavité est en arrière, et la convexité en avant où elle simule le dos du nez. Cet organe de nouvelle formation offre donc, à sa partie moyenne, un degré de résistance très supérieur à celui que présente la peau du front dans son état normal.

2° Le sommet du triangle isocèle, formé par le lambeau, est terminé, avons-nous dit, par un angle légèrement tronqué. Les deux côtés saignans de ce sommet se trouvant en rapport immédiat, dans une certaine étendue, il s'établit entre les deux faces latérales, internes ou postérieures, une adhérence très intime (1).

A l'aide d'un pareil résultat, le sommet du lambeau se trouve converti en une masse charnue et résistante, dans une étendue de cinq ou six lignes. La légère torsion du pédicule, quoique finissant par ne plus être appréciable à l'œil, n'en existe pas moins dans les fibres du tissu, ce qui contribue aussi à donner de la solidité à cette partie du nez.

3° Restait encore la pointe du nez dont on avait tant de peine à prévenir l'affaissement. Voici à l'aide de quel moyen je suis maintenant parvenu à y remédier : il me suffit pour cela de tailler l'appendice destiné à remplacer la cloison nasale, de la largeur de six lignes, quoique cette partie d'organe n'en offre que deux dans l'état naturel; je la double dans sa longueur, la traverse au milieu par un point de suture qui tient en rapport les deux côtés de la surface saignante, ce qui les fait bientôt adhérer l'un à l'autre. De cette manière, je n'obtiens pas une cloison mobile comme la font la plupart des rhinoplastes, mais bien une sorte de pilier fixe, solide, un peu élargi en arrière et en avant, de manière à soutenir parfaitement la pointe du nez (2).

Après l'entière cicatrisation, si l'on presse le bout du nez, il cède aisément; mais dès l'instant que la pression cesse, la proéminence nasale est aussitôt repoussée en avant par l'élasticité du pilier charnu, formant la cloison. Il est vrai de dire que le mouvement excentrique de ce dernier, est secondé par la texture dense et fibreuse, qui recouvre la face interne du lambeau. La concentration de cette partie tégumentaire, son *enroulement* sur sa face profonde, n'ayant pu se faire que dans sa partie moyenne, c'est-à-dire dans le milieu longitudinal, le point inférieur est devenu saillant, comme il convient à la pointe du nez. Cette même cause fait acquérir à cet organe de nouvelle création une consistance assez analogue à celle que le nez reçoit de sa structure cartilagineuse.

Il faut avoir été témoin, dit M. Delpech, de ce phénomène, pour concevoir avec quelle perfection un lambeau de peau mince, presque flottant, peut acquérir de la ressemblance, sous tous les rapports, avec un nez naturel. C'est un effet vraiment admirable, qui résulte de la combinaison de l'engorgement inflammatoire du lambeau, de la suppuration et de la crispation de sa face profonde, ce dernier phénomène étant borné, par l'union immédiate des bords du lambeau, avec le contour de la brèche sur laquelle ils se trouvent greffés.

Il est facile de voir par ce court exposé que tous les

---

(1) Il convient d'observer que le patron de papier étant très mince, ne peut donner qu'une idée très imparfaite du fait que j'avance. Mais il sera facile de le comprendre en se rappelant que la peau du front, terme moyen, a trois lignes d'épaisseur, ce qui, par l'adossement qui a lieu à la partie supérieure des deux côtés saignans, constitue vers le sommet du lambeau un cône charnu, résistant, et d'un demi-pouce de longueur.

(2) Cette diminution d'épaisseur, vers le milieu de la cloison, imite très bien l'état naturel : elle est le résultat du point de suture et de l'adhérence des deux côtés, plus intime vers les centres que vers les extrémités.

moyens de support artificiel, mis en usage dans cette circonstance, ainsi que toutes les autres conditions favorables que nous avons énumérées précédemment, sont merveilleusement secondés par cette disposition du lambeau à prendre la forme saillante et alongée qu'on veut lui donner.

L'ensemble de toutes ces circonstances permet donc au nouveau nez de résister parfaitement à une pression légère, ainsi qu'au mouvement de *va et vient*, que tendraient à lui imprimer l'inspiration et l'expiration pulmonaires, comme on le voit quelquefois après certaines ulcérations vénériennes, qui ont miné et détruit les os et cartilages du nez, sans avoir altéré la peau qui les recouvre.

Dans le rapport fait à l'Institut (11 février 1828), par M. Geoffroy-Saint-Hilaire, sur un Mémoire de M. Lisfranc, traitant de la rhinoplastie, et que nous avons déjà cité dans un de nos chapitres précédens, il y est dit que ce dernier, empruntant, comme ses devanciers la peau du front, avait eu l'heureuse idée d'éviter la torsion de son pédicule, ce qui l'avait par conséquent dispensé d'y remédier plus tard. Pour cet effet, ajoute M. le rapporteur, il prolongeait son incision trois lignes plus bas à gauche qu'à droite.

Il n'est point étonnant que les mêmes circonstances m'aient suggéré, ainsi qu'à M. Lisfranc, des moyens à peu près analogues d'y remédier. Mais j'avoue de bonne foi, qu'en agissant de la sorte, en 1827, je n'avais d'autre but que de rendre plus facile le renversement du lambeau et de diminuer la torsion de son pédicule : le hasard seul me fit découvrir le second avantage, qui était de rendre inutile la section de cette partie.

Afin de rafraîchir et rendre saignans, les tissus sur lesquels devait s'appliquer le lambeau du front, M. Lisfranc pratiqua le long de leurs bords une incision qui divisa perpendiculairement la peau, et dont il disséqua légèrement la lèvre externe, de manière à obtenir une rainure assez large pour y enchâsser parfaitement les bords du nez artificiel Par excès de précaution, dit M. de Saint-Hilaire, des bandelettes agglutinatives légèrement serrées, furent mises en usage, et, par ce moyen, l'opérateur a évité la suture, dont l'emploi est douloureux, et qu'il devait d'ailleurs rejeter à cause des nombreuses cicatrices anciennes que présentait la face de son malade.

La preuve que les bandelettes sont loin de pouvoir suppléer aux points de suture, toujours moins douloureux qu'on ne le pense, et d'une facile exécution, c'est que chez le nommé Eval, qui fait le sujet de cette observation, la réunion ne s'opéra d'abord que d'un côté, et que la suture devint nécessaire pour l'adhésion de l'autre.

Dans cette même circonstance, M. Lisfranc voulant procurer au nouveau nez un point d'appui qui pût le soutenir jusqu'à parfaite cicatrisation, plaça, dans l'ouverture des fosses nasales, un tampon triangulaire, faisant saillie en avant, et formé avec de la charpie bien serrée, par le moyen d'une compresse convenablement disposée. Il se servit aussi, ajoute M. Geoffroi de Saint-Hilaire, de deux rubans de plomb laminé, qu'il roula sur eux-mêmes, et à l'aide desquels il maintint dilatées les ouvertures des narines. Il fut engagé à l'emploi de tous ces supports externes et internes, parce que le malade avait, non-seulement perdu les os propres du nez, mais encore une partie des branches montantes des os maxillaires avait été cariée.

On voit que les plumasseaux de charpie que nous avons appliqués au dehors, et les bourdonnets que nous introduisîmes dans chaque ouverture des narines, et qui plus tard furent remplacés par des bouts de sonde de gomme élastique, remplirent absolument le même but, et durent nous présenter les mêmes avantages. Ce n'est qu'à l'aide de ce dernier moyen, convenablement employé, que j'empêchai les ouvertures nasales de s'oblitérer, par l'épaississement qu'acquièrent leurs bords.

Chez un second sujet opéré par M. Lisfranc, tout annonçait un nouveau succès, lorsque la mort, causée par une maladie tout-à-fait étrangère à l'opération, trompa malheureusement les espérances de l'opérateur.

Enfin, il est un grand nombre de détails opératoires qu'on ne peut guère relater, parce qu'ils ne sont réellement appréciables qu'au moment de leur application. La plupart d'entre eux sont souvent dépendans du goût et de l'adresse du chirurgien.

Ainsi, une petite excision pratiquée sur le bord libre de la nouvelle aile du nez, au moyen de ciseaux courbes sur leur plat, donne à cette partie une forme plus naturelle, procure une cicatrisation en forme de courbure, ce qui rend la dilatation des narines plus facile et plus durable. A l'aide de cette excision complémentaire, la cloison nasale devient apparente sur le côté comme dans l'état normal.

Nous avons précédemment recommandé, lors de la dissection des deux tiers inférieurs du lambeau, de pratiquer l'incision obliquement en dehors, de manière que la peau fût plus coupée aux dépens de sa face épidermoïque, qu'aux dépens de sa face profonde. Ce précepte, dont l'utilité à été indiquée au commencement de cet article, n'est pas plus applicable à l'appendice quadrilatère qui est destiné à tenir la place de la cloison nasale, qu'aux parties du lambeau qui doivent servir à former les ailes du nez. Il convient au contraire d'y faire l'incision obliquement en dedans, c'est-à-dire, plutôt aux dépens de la face profonde, que de la face externe. A l'aide de cette précaution, i'on obtient sur le dernier de ces deux points une cicatrisation, qui, par le sillon qu'elle détermine au pourtour extérieur de l'aileron du nez, forme une bosselure en relief qui imite parfaitement bien cette partie bombée du nez. Pour ce qui est de la cloison nasale, la direction oblique en dedans de l'incision, facilite l'agglutination intime des deux côtés de l'appendice, qui, par cette disposition facile à obtenir, à l'aide du point de suture dont nous avons parlé, se trouve converti en une colonne charnue, qui sépare les ouvertures des narines, et qui soutient la pointe du nez.

Telle est l'opération que nous avons pratiquée avec un succès complet. Pour ce qui est des moyens d'exécution, nul doute qu'un très habile opérateur n'aura besoin de prendre conseil que des circonstances qui se présenteront dans le courant de l'opération; mais nous, qu'une rectitude de méthode peut seule diriger dans les cas difficiles; nous, qui avons besoin de raisonner *à priori* la plupart de nos mouvemens opératoires, d'en calculer à l'avance tous les résultats, nous n'oserions point, malgré nos connaissances spéciales sur cet objet, entreprendre aucun de ces procédés rhinoplastiques, sans au préalable en avoir répété l'applica-

tion sur le cadavre. Il est facile, dans un amphithéâtre d'anatomie, d'imiter avec exactitude toutes les mutilations du nez, ce qui offre la facilité de s'exercer quelques jours auparavant au manuel de l'opération rhinoplastique, afin de pouvoir en apprécier toutes les difficultés, et apprendre les moyens d'y obvier.

J'ai cru nécessaire d'entrer dans tous ces détails, qui pourront paraître minutieux aux yeux du lecteur inattentif; mais les hommes de l'art comprendront, je l'espère, que je ne devais point les omettre, parce qu'il faut prémunir ceux qui auraient à pratiquer cette opération délicate contre les nombreux accidens qui peuvent en augmenter les difficultés et en empêcher la réussite.

Afin de compléter l'exposition de la méthode des *Koomas*, dans son application aux cas d'ablation totale du nez, nous avons jugé utile de rapporter l'observation en entier de la rhinoplastie, pratiquée par M. Lisfranc, en 1826, chez le nommé Eval, l'un des braves de notre grande armée. D'ailleurs, l'histoire que nous allons faire de cette opération, nous fournira l'occasion d'apprécier, à sa juste valeur, les objections que M. Blandin a cru devoir adresser à son auteur, ainsi que la critique trop amère que M. Arnal a dirigée contre lui. J'espère, en outre, que l'affreuse mutilation à laquelle il fallut remédier, offrira un haut degré d'intérêt au lecteur, non seulement parce que ce fut le premier essai de ce genre, fait à Paris, mais encore parce qu'il nous montrera de quelle nature ont été ces premières tentatives rhinoplastiques.

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE,

PAR F.-J.-J. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS, ETC., ETC.

(JANVIER ET FÉVRIER 1833.)

MÉMOIRE

SUR LA VARIOLE OU DOTHINCUTANITE.

En 1827, vers l'équinoxe du printemps, Sonzay fut circonvenu par une épidémie variolique : chaque habitation fut soumise au tribut morbide; aucun hameau n'en fut exempt. Des sexagénaires et des enfans présentèrent une éruption confluente; un grand nombre de jeunes gens de l'un et l'autre sexe, *vaccinés* depuis *onze* années, furent attaqués d'une manière grave par cette *dothincutanite* ou érysipèle pustuleux; d'autres plus jeunes, vaccinés depuis moins de temps, eurent des varioloïdes, des varicelles plus ou moins intenses. La confiance dans la vaccine fut fortement ébranlée; ce qui la raffermit un peu, ce sont les enfans que j'avais vaccinés moi-même depuis cinq ans, qui n'offrirent qu'une éruption si bénigne, si légère, qu'il fallait être aveugle pour ne pas rendre grâce à l'influence heureuse de l'inoculation du fluide vaccin, dans une circonstance aussi déplorable..... J'ai traité plus de cent varioleux de tout âge, de tout sexe, la plupart attaqués d'une éruption confluente; je les ai traités par des émissions sanguines générales et locales, par des médications toujours adressées à l'organisme avec énergie. J'ai eu le bonheur de n'en pas perdre un seul de ceux-là qui m'ont appelé à temps, tandis que sous l'influence d'une médication opposée, il y eut un grand nombre de victimes. Ces tristes résultats déroutaient à un tel point les hommes de l'art qui les traitaient, que deux d'entre eux annonçaient publiquement que la médecine ne pouvait rien contre cette maladie, qui passait comme un torrent dévastateur. Ce fallacieux oracle, cette triste croyance, ce préjugé du fatalisme, si enraciné dans l'esprit du vulgaire, firent bien des victimes nouvelles. Souvent appelé pour la forme chez des paysans; ils me répétaient cette assertion si banale, en cherchant à s'opposer à mes médications. C'est dans une semblable circonstance qu'un médecin a besoin d'un grand caractère, d'une force d'ame a toute épreuve, pour faire le bien.

Première et deuxième Observations.

A. Païs, âgé de quatorze ans, vacciné onze années avant, d'une prédominance cardio-pulmonaire, éprouve des vomissemens intenses et des mouvemens convulsifs initiativement; ce fut le premier varioleux que j'observais alors. Le pouls était dur et fréquent, la peau sèche et brûlante. L'indication était évidente. N'osant soigner ce jeune malade, à raison de son agitation convulsive, de ses mouvemens brusques et rapides, je fis appliquer à l'épigastre 40 grosses sangsues, tandis que je couvrais la tête d'une vessie contenant de l'oxycrat, et que je faisais pratiquer des fomentations mucilagineuses acidulées tièdes sur les extrémités coxo-fémorales et sur le torse.

La soif était intense, le ventre tendu et douloureux; la langue amincie et rouge sur les bords, brune sur le centre avec des papilles extrêmement développées à la base; le gaster repousse les ingesta les plus doux. Je fis mettre dans la bouche quelques tranches d'oranges saupoudrées de sucre. Les vomissemens, les mouvemens convulsifs, les évacuations alvines disparurent; mais la somnolence se manifesta avec des réponses lentes; la sensibilité semblait devenir obtuse. (Mie de pain bouillie dans du vinaigre, aux jambes, eau gommée acidulée.) Je fis cesser le bouillon qu'on avait constamment donné malgré moi.

Les piqûres hirudinales donnèrent du sang pendant six heures; je fus obligé de les arrêter, à raison des lypothimies. Les sinapismes se firent sentir, Auguste passa une nuit assez calme. Le pouls n'était plus aussi petit ni aussi fréquent, la langue était plus épaisse, plus large, et sans encroûtement au centre, avec diminution de rougeur sur les bords; la soif était modérée, le ventre plus souple; une

immensité de boutons pointillaient sur la face, la poitrine et les bras. Les extrémités coxo-fémorales offraient le même aspect; vers le soir du lendemain, où il y eut une exacerbation occasionée par du bouillon de bœuf consommé, donné pendant mon absence, la soif se manifesta avec intensité, la langue devint blanchâtre. (Limonade gommée acidulée, fomentations mucilagineuses tièdes sur la périphérie cutanée.) Le quatrième jour, l'éruption était générale et confluente, la réaction fébrile augmenta au lieu de cesser; l'inflammation érysipélateuse était trop forte pour le permettre. La région abdominale où les sangsues avaient été appliquées, et les parties irritées par les sinapismes présentaient une immensité de pustules.

Une telle dothincutanite était bien loin de me rassurer pour la période de suppuration. Les désordres organiques secondaires d'une variole, suites d'un érysipèle pustuleux aussi confluent, me faisaient craindre les résultats des sympathies organiques mises en jeu. D'un autre côté, l'isthme du gosier était enflammé et offrait quelques boutons; la voix était rauque, une douleur existait au larynx. Afin de prévenir la suppuration des pustules dans les voies aériennes, et ses résultats, tels que la concrétion, la coagulation d'un pus albumineux; je fis une saignée du bras, à raison de la réaction du centre circulatoire, et quelques heures après je fis appliquer 15 nouvelles sangsues à la fourchette du sternum; je fis entretenir l'écoulement du sang pendant deux heures, sous l'influence d'un cataplasme liquide. L'amélioration se manifesta, les *pustules de l'arrière-bouche étaient disparues* le lendemain. *La voix reprit son timbre naturel*, la respiration s'effectuait librement; les pustules de la périphérie, sous l'influence de ce traitement, diminuèrent de volume, et la cuternite devint moins intense; mais les boutons étaient trop nombreux pour ne pas, lors de la suppuration, mettre en jeu des sympathies pathologiques. — Le septième jour, la base des pustules étant très-enflammée et rouge, la face devint volumineuse, les paupières gonflées, étendues sur le globe de l'œil; la soif intense, la langue amincie, rouge sur le pourtour, le centre grisâtre. Il existait une douleur à l'épigastre, avec assoupissement alterné par beaucoup d'agitation et de délire. Une hémorrhagie nasale vint heureusement terminer cette scène. — Je fis percer, le onzième jour, les nombreuses vésicules qui, à la sommité des pustules, presque toutes fondues en pus, entravaient le fluide contagieux qui fut absorbé avec un linge fin et souple. De cette manière, j'évitai la formation des croûtes et sous lesquelles de vastes excavations ulcéreuses eussent existé; des fomentations mucilagineuses acidulées tièdes, sur la périphérie cutanée, et alternées avec des onctions de cérat légèrement opiacé, afin de diminuer le prurit, la démangeaison intense, qui cède entièrement aux bains tièdes. Le vingt-cinquième jour, le jeune malade était parfaitement rétabli; il existait cependant deux ulcérations aux jambes, où les doigts s'étaient portés. (Du bouillon de poulet émulsionné, des limonades gommées, du sirop d'orgeat, ensuite quelques panades et crêmes légères; voilà la médication et le régime lors de la convalescence.)

On dit que les émissions ne sont pas appropriées à la variole, et n'arrêtent pas la marche de la *dothincutanite*. C'est une erreur, c'est un paralogisme. Ici, bien certainement, par l'étendue et l'excès de l'inflammation, par sa réflexion sur les organes internes, la désorganisation serait advenue, et la mort s'en serait suivie. Une inflammation doit être combattue, et les antiphlogistiques sont alors les seuls remèdes. Que les amateurs du merveilleux invoquent à grands cris *la cause spécifique*, pour en déduire avec Boerrhaave et Haller « que *la correction spécifique doit se fonder sur un remède opposé* à ce venin contagieux.... » Ils le chercheront bien long-temps encore, et, pendant ce temps, je plains leurs malades. Pour moi, qui, avec les médecins physiologistes, ne considère la variole que comme un érysipèle pustuleux, comme une *cutanite boutonneuse* qui fait souvent périr les malades par sa réaction sur les organes internes, je redoute trop les gastro-céphalites, les angio-cardites, etc., pour les laisser s'établir et venir enrayer les actes organiques. Je sais que l'érysipèle est mobile, mais je n'ai pas craint ici, avec raison, son déplacement sur les nombreux varioleux que j'ai traités, et tous s'en sont bien trouvés.

Pour faire ressortir ici l'heureuse application des antiphlogistiques, je vais comparer le triste résultat obtenu sur une personne de dix-neuf ans, qui, dans le temps du jeune Païs, est morte par suite d'une médication intempestive.

Le médecin qui fut appelé, au lieu de marcher franchement dans la voie organo-physiologique, et d'opposer, dès le principe, des moyens médicatoires rationnels, des émissions sanguines, pour diminuer l'intensité de la dothincutanite, et consécutivement sa réflexion dans les tissus viscéraux des grandes cavités, en appela imprudemment à la nature médicatrice, qui trompa cruellement sa confiance. Par suite d'une inflammation trop intense et trop étendue, l'éruption fut des plus difficiles et des plus orageuses. La peau est une surface de rapport bien active, bien étendue, liée avec tout l'organisme d'une façon intime; elle intéressa plusieurs grands rouages de l'existence d'une manière grave, par le retentissement de sa souffrance; elle mit en jeu des sympathies pathologiques bien fâcheuses, notamment lors de la période de suppuration. Une gastro-céphalite des plus fortes, langue noire et encroûtée, bouche fuligineuse, et assoupissement suivi d'un violent délire, etc., qui furent remplacés par l'insensibilité progressive et la stupeur, s'adjoignit à la dothincutanite. Une croûte noirâtre couvrait toute la peau; l'haleine était fétide; il existait dans l'arrière-bouche, dans le pharynx et probablement dans le larynx, une infinité de pustules qui, par excès d'inflammation, étaient profondément gangrénées, noirâtres, friables, avec une odeur infecte. Quelques jours avant le moment fatal, on voulut faire une application hirudinale au cou, et placer des vésicatoires aux jambes, mais on le voulut en vain: l'action vitale, toute concentrée à l'intérieur, annonçait la désorganisation et la mort inévitable. La peau n'était plus apte à recevoir des impressions; les fonctions étaient enrayées par la décomposition des organes qui la produisent; la cessation de la vie en devait être la suite nécessaire. Appelé vers la fin, je me retirai sans rien dire après avoir exploré et constaté les désordres dont j'ai parlé.

Troisième Observation.

Mademoiselle Pélagie Païs, âgée de dix-sept ans, d'une idiosyncrasie génito-pulmonaire, éprouva des vomissemens quelques jours après son frère, et une soif inextinguible. La langue était sèche et âpre au toucher, revêtue d'une espèce de pseudomembrane brunâtre; agitation, délire. Le pouls était fréquent, enchaîné dans son développement; la peau sèche et brûlante. — Je fis appliquer de suite 40 sangsues à l'épigastre et faire des ablutions froides sur la tête. Sous l'influence de cataplasmes liquides, les piqûres hirudinales saignèrent abondamment pendant sept heures. — Diminution appréciable des symptômes morbides; mais de là à la cessation, il y avait bien loin encore. Les vomissemens et l'agitation cessèrent, la malade recouvre sa connaissance; mais, comme la pyrexie était forte, et qu'une multiplicité de points rouges pointillaient *sur la face*, qui doit *être ménagée* sur une fille, et qu'il existait de la rougeur à l'arrière-bouche, avec enrouement, voix rauque, craignant les résultats d'une éruption pustuleuse dans cette partie, et notammens dans les voies aériennes, je fis une saignée du bras et appliquai 25 belles sangsues au-dessus de la fourchette du sternum, sur les piqûres desquelles je plaçai deux ventouses, tandis qu'aux deux bras, partie interne, je fis mettre des sinapismes. Presque tous les boutons qui pointillaient sur la face disparurent pour s'agglomérer sur le thorax et les extrémités scapulo-humérales, attirés par les sangsues, les ventouses et les sinapismes. L'arrière-bouche et les voies aériennes furent aussi *libérées*. On n'y voyait plus de rougeur, il n'existait plus d'enrouement ni de douleur à la gorge. Enfin les voies aériennes me parurent à l'abri de l'éruption pustuleuse si redoutable pour ces parties.

La variole était confluente sur toute la périphérie; sur la figure seule. Il n'existait plus de boutons. Ce bienfait était dû à l'art. Une jeune et jolie personne ne sera jamais la dernière à reconnaître alors sa puissance. Après la santé, la beauté est le seul avantage que désire une femme, dont l'existence est exclusivement consacrée au sentiment et à l'illusion des hommages.

La dothincutanite parcourut ensuite sa période de suppuration, qui commença le sixième jour sous d'heureux auspices. Les boutons déprimés à leur partie centrale présentèrent à leur limite une vésicule qui, le dixième jour, ayant pris beaucoup d'extension par la fonte purulente de chaque pustule, fut ouverte avec des ciseaux bien fins, et le pus variolique, absorbé par une compresse souple et fine, abrégea singulièrement le cours de la maladie. L'organe cutané ne devint pas ainsi le foyer d'une vaste ulcération, baignée de matières albumineuses délétères, recouverte par une vaste croûte informe, sous laquelle des excavations forment une extention profonde, pour ne produire ainsi que de hideuses cicatrices, et des résultats plus fâcheux encore. Je me suis constamment bien trouvé de ces moyens simples: des fomentations muqueuses acidulées, et, parfois, légèrement opiacées: du cérat opiacé pour diminuer les fortes douleurs de peau et le prurit intense, qui surviennent parfois lors de la dessiccation. Les démangeaisons ont toujours cédé aux bains tièdes acidulés; mais lorsqu'il n'y avait pas accélération du pouls, parce qu'alors ils augmentent constamment la circulation. Pour cette cause, je ne m'en sers pas, dans la période éruptive, qui, d'ailleurs, s'effectue sans orages, l'*intensité de l'inflammation étant le principal* et *presque le seul obstacle;* je dis presque le seul obstacle, parce qu'il peut advenir que la cutanite, qui ne doit être, pour que l'éruption se fasse aisément, ni *trop forte*, ni *trop faible*, soit *au-dessous de l'état de vitalité* convenable, notamment quand les *fluides blancs* sont en excès. Alors les actes organiques, les fonctions, se font avec une lenteur, une chronicité désespérante. C'est alors qu'il convient de *stimuler* la périphérie, afin *d'activer* les mouvemens vitaux, la circulation de la peau, et ne pas laisser languir l'éruption. Une infusion aromatique, chaude et sucrée, peut convenir simultanément. Je reviendrai sur cet article dans la huitième observation. Toute histoire de maladie qui ne diffère pas de la précédente, ne sera pas relatée dans l'intérêt de la science, et afin de ne pas fatiguer l'attention.

Quatrième Observation.

Menier, âgé de seize ans, n'ayant jamais été vacciné, éprouva, sans cause, comme tous les symptômes du choléra, qui furent suivis d'un violent délire. Je fus appelé: je ne pus le voir que le lendemain. Étant d'une constitution gastro-cérébrale, il était plongé dans un assoupissement comateux, avec abolition de toutes les fonctions de relation. Les arcades dentaires étaient serrées, et ce ne fut que par le moyen d'une cuillère en fer que je parvins à explorer la langue et consécutivement l'état du gaster. La pression épigastrique faisait convulser les muscles de la face. Je fis appliquer à l'instant trente sangsues à l'épigastre, et vingt autres grosses à la base du crâne. Chacune de ces applications hirudinales saigna pendant plus de six heures, sous l'influence de cataplasmes liquides. Des sinapismes furent mis aux jambes. La connaissance revint: des ablutions d'oxycrat froid furent faites sur la tête; une boisson gommée et acidulée fut prescrite; un lavement de même nature fut pris. La face et tout le corps se couvrirent d'une éruption pustuleuse des plus confluentes. Il y avait douleur à la gorge, voix altérée; *rougeur de toute l'arrière-bouche, avec éruption boutonneuse jusque dans les narines.* La respiration s'effectuait difficilement; j'explorai la poitrine, et par la percussion, et par l'auscultation, avec un résultat entièrement négatif. Comme le pouls était dur, large et fréquent, je fis une forte saignée du bras, et quelques heures après, je fis appliquer vingt-cinq sangsues au cou, fourchette sternale. Je plaçai une ventouse sur les piqûres, et je fis mettre des sinapismes à la partie interne des bras et aux mollets. Le larynx devint plus libre, et la respiration plus normale. Elle cessa d'être sibilante, et légèrement râleuse. J'obtins ainsi la *résolution des pustules*, qui tendaient à se développer dans la partie supérieure du conduit respiratoire et l'arrière-bouche, et dont le résultat fut infailliblement devenu funeste, dans la période de suppuration, où le *gonflement* des boutons *est d'abord inévitable*, où *le pus albumineux se coagule*

ensuite, se concrète en se moulant inégalement sur l'intérieur du larynx, et en fermant ainsi de l'une ou l'autre manière le passage à l'air. Les pustules de la face *disparurent* aussi presque toutes, tandis que celles de la périphérie *diminuèrent de volume.* — Le septième jour, la période suppuratoire se manifesta, les pustules douloureuse à leur base augmentèrent de volume. Le gonflement de *la figure fut sensible,* quoique les pustules fussent disparues; les boutons de la périphérie se déprimèrent vers leur partie centrale, et firent voir une vésicule contenant un fluide, d'abord limpide, et ensuite purulent. Les sympathies furent mise en jeu d'une manière modérée, et la fièvre ou pyrexie secondaire, effet nécessaire de l'état transitoire de la dothineutanite confluente, passa sans orages. Je me gardai bien de laisser coaguler le pus dans les vésicules, qui furent toutes ouvertes et épongées avec soin. Des fomentations émollientes, acidulées, tièdes, sur toute la périphérie, et quelques bains de même nature conduisirent le malade à la guérison.

Cinquième observation.

Je fus appelé, fin de 1827, pour François Denet, qui, à la suite d'une variole confluente et très-orageuse, avait conservé une respiration difficile, une suffocation imminente au moindre mouvement. La toux était haute, râpeuse, presque continuelle, la pommette gauche d'un rouge intense et circonscrit; la face bouffie, les paupières infiltrées; l'extrémité scapulo-humérale gauche édématiée; les extrémités coxo-fémorales dans un état d'empâtement. Le côté gauche du thorax ne résonnait nullement à la percussion, avait une ampliation, une distension sensible à la vue, et qui me fut démontrée par la mensuration. L'auscultation avait un résultat négatif. Il ne goûtait aucun repos, et ne pouvait se coucher qu'*à gauche;* à droite, il suffoquait. Le pouls était *dur, large et fréquent,* à raison, sans doute, du travail du poumon droit; il y avait des frissons. Le cœur avait subi un déplacement; la main, placée à droite, sentait des pulsations, symptômes d'anévrisme dus au refoulement de cet organe, par le liquide épanché.

J'avais besoin d'un peu de recueillement. Agir avec précipitation, ce n'est pas agir avec sagesse. La cavité thoracique gauche était remplie par un fluide purulent, qui avait trois mois de date. Le poumon du même côté était comprimé, annihilé, il ne pouvait remplir ses fonctions. Le fluide faisait saillie à l'extérieur.... L'indication était évidente, mais le malade se refusant à ce que j'introduisisse un instrument dans sa poitrine, aimant mieux mourir que de subir une opération, peut-être, sans guérison; je lui avais fait connaître la gravité de son état, et l'incertitude des résultats. Je fis d'abord une bonne saignée du bras, pour débarrasser le poumon sain du sang qui inondait son tissu. J'appliquai ensuite de la potasse caustique à la partie la plus déclive, où l'empâtement était le plus prononcé, entre la deuxième et troisième côte, en comptant de bas en haut; je fendis l'escarre. Plus de trois livres d'un pus blanc séreux furent lancées avec *force,* et d'une *manière* presque continuelle. Denet éprouvait un tel bien-être, qu'il ne voulait pas que je placasse sur la plaie mon appareil, afin de retarder autant que possible la sortie du pus, et permettre *à la portion saine du poumon de se développer et de reprendre* sa place primitive, et empêcher l'air de s'introduire dans l'espace vide.

Je n'ai pas besoin de dire qu'une compresse de linge fin, pénétrée, enduite de cérat, surmontée de plusieurs gâteaux de charpie, de compresses et d'un bandage de corps, fut appliqué. Je n'employai pas de mèches effilées pour plusieurs raisons. Je ne pouvais craindre que la plaie se fermât; il y avait perte de substance; le pus faisait effort pour sortir; la charpie cédait à la pression, et se logeait dans l'ouverture, avec la portion de la compresse sur laquelle elle reposait. D'ailleurs, une mèche effilée, introduite dans la poitrine, est un corps étranger qui peut irriter la plèvre.... La *force* avec laquelle le pus avait été lancé, permettait de croire que le poumon n'était pas entièrement désorganisé, ou ne l'était peut-être pas du tout; et la sonoréité de la partie supérieure augmentait mon espoir, ainsi que l'égophonie.

Une solution de gomme avec du sirop de limon, une tisane de riz avec le sirop de groseilles, et du bouillon de poulet, voilà quel fut le régime. J'y joignis des frictions iatraleptiques sur le thorax et sur l'abdomen, avec la teinture de scilles et de digitale.

Je ne saurais préciser *l'immense quantité de pus* qui, pendant les six premiers jours, inonda et les pièces d'appareil et le lit du malade. Je n'ai pas besoin de dire qu'il se couchait sur le côté gauche.

Cependant le pouls devenait raide et véloz : toutes les excrétions *devenaient fétides, le pus grisâtre, de mauvaise nature, la face tiraillée,* les yeux *enfoncés* dans leur orbites, *la peau sèche et brûlante.* Des frissons se faisaient sentir. *Les parois du thorax étaient douloureuses,* la respiration précipitée; je crus le cas mortel. La langue annonçait une gastrite, parce que depuis deux jours le malade avait mangé et bu du vin. — Diète sévère; quarante sangsues sur le thorax gauche, remplacées par un large cataplasme émollient entre deux linges; évacuation sanguine de vingt à vingt-quatre onces, dans l'espace de six heures. La respiration devint tranquille, la douleur du thorax disparut; le pus blanc cessa d'être fétide, ainsi que les excrétions. La raideur, la vélocité du pouls, la chaleur âcre de la peau, la soif et les frissons étaient disparus comme par enchantement. Je fus étonné moi-même *d'une telle amélioration,* au moment *où tout semblait annoncer qu'il y avait résorption purulente.* Un confrère qui vit le malade avec moi, *conseillait les amers et le vin* pour combattre l'empoisonnement purulent, pour prévenir la résorption du pus. Les amers, sur un gaster malade, doivent agir, bien certainement, en sens inverse, en *augmentant le trouble de l'organisme,* en appelant vers lui les fluides, en alimentant la résorption : *ubi stimulus, ibi affluxus* ! en agissant sympathiquement sur le reste de l'organisme, en détériorant les fonctions. Les amers et le vin sont donc bien loin d'être appropriés dans une telle circonstance. Ce qui vient à l'appui de mon raisonnement, ce sont les symptômes prononcés de gastrite chez mon malade, après avoir pris de la nourriture pendant deux jours; ce n'est encore qu'à l'heureux et prompte médication antiphlogistique qu'il faut

avoir recours. — A la fin du premier mois, le malade, qui marchait vers la guérison, vit peu à peu augmenter sa nourriture; mais je fus obligé de rétrograder plusieurs fois. J'établis ensuite un séton sur la poitrine : cette suppuration externe eut le plus heureux résultat. — Le deuxième mois, tous les symptômes morbides disparaissent, la plaie se cicatrise. Le malade prend de l'embonpoint. — Le troisième mois, la guérison se prononça entièrement; seulement, le côté gauche était *rétréci* par le rappprochement des côtes vers le poumon. Il a été deux ans sans pouvoir se livrer à de forts travaux. Il y a un mois que j'ai eu occasion de le voir; la voussure des côtes est revenue, et est prononcée à l'égal de l'autre côté; il y a sonoréité; il est impossible de s'apercevoir que ce poumon ait été atrophié, qu'il y ait eu empième.

Emile-Faneau de LACOUR.

DE LA RHINOPLASTIE.

(DEUXIÈME ARTICLE)

Méthodes indiennes.

Ire. Originaire des Indes, la rhinoplastie, comme nous l'avons déjà dit, fut pratiquée, dès la plus haute antiquité, par les *Brackmanes* (1), ensuite par les *Bramines* (2), qui, plus tard, transmirent le secret de leur méthode à une caste privilégiée d'Indous qu'on nomme *Koomas*, descendans directs des prêtres de *Brama*. Le caractère religieux de ceux qui pratiquaient cette singulière opération, a été probablement la cause du long mystère dont elle a été enveloppée durant un si grand nombre de siècles. Une circonstance fortuite a pu seule en donner connaissance aux chirurgiens de l'Europe.

L'*Hircarrha* (gazette de Madras, année 1793) rapporte qu'un paria (3), nommé Cowasjée, bouvier à la suite de l'armée anglaise, étant tombé au pouvoir de Typoo-Saeb, ce dernier, pour le punir d'avoir servi les ennemis de sa patrie, lui fit couper le nez et la main droite. Ce traître fut ensuite renvoyé à Séringapatam, afin qu'il pût montrer aux Indous ses complices, le châtiment que méritait leur infâme trahison. Les chirurgiens anglais prirent un très-grand soin de Cowasjée, qui, guéri de ses blessures, se rendit peu de temps après à Kumar pour s'y faire raccoûtrer le nez par un habile *nasifex* en grande renommée dans le pays. L'opération réussit complètement et le paria, de retour à l'armée anglaise, fut un sujet d'étonnement pour les gens de l'art et pour tous les Européens de Séringapatam.

Peu de temps après, Thomas Cruso et James Studlay, médecins à Bombay, furent témoins de deux opérations semblables pratiquées avec succès sur des indiens déserteurs, qui avaient été faits prisonniers. Ils rapportent qu'on détacha du front un lambeau triangulaire de peau, qui ne resta adhérent *que par une languette placée entre les deux sourcils*, afin qu'il ne fût point privé de sa nutrition; on le rabattit de manière à ce que la surface saignante correspondît à l'emplacement que doit occuper le nez; on incisa la cicatrice pour raviver les bords des ouvertures nasales, et le lambeau des tégumens du front y fut convenablement fixé par des bandelettes et un bandage approprié. Durant les premiers jours, les narines furent maintenues ouvertes à l'aide de bourdonnets de charpie, et plus tard au moyen de deux tuyaux de plume, qui se trouvaient séparés par un petit prolongement charnu, attenant à la base du lambeau, au moyen duquel on avait formé une espèce de sous-cloison nasale. L'agglutination ne tarda pas à s'opérer, et devint bientôt assez solide pour fournir à elle seule à la nutrition du tissu greffé. On incisa alors le pédoncule, qui était resté adhérent, et l'on régularisa le mieux possible ce nez de nouvelle formation.

Dans cette méthode des Indiens, les Koomas simulent d'abord un nez avec de la cire, tracent ce modèle sur le front à l'aide d'une matière colorante rouge, et, après avoir détaché le lambeau de chair, ils le fixent sur l'emplacement qu'il doit occuper, au moyen d'un mastic composé de terre japonaise et autres ingrédiens. Ils n'emploient que très-rarement les moyens de suture.

Barri, praticien anglais, avait vu pratiquer plusieurs fois cette opération par le chirurgien d'Hyder-Aly; mais c'est Lucas, son confrère et compatriote, qui, exerçant comme lui dans les Indes, y fit le premier essai de cette méthode rhinoplastique : sa tentative réussit complètement. La nouvelle d'un succès aussi complet enhardit bientôt les chirurgiens de Londres, qui, plus instruits que les *Koomas*, et secondés par de meilleurs instrumens, se flattèrent d'obtenir pour le moins d'aussi heureux résultats : ce en quoi ils se trompèrent. Mais, pour ne point anticiper sur l'*Histoire moderne de la Rhinoplastie en Europe*, nous allons continuer l'examen analytique des autres méthodes que l'on a proposées et mises en usage à une époque antérieure.

IIme. L'agglutination du nez est-elle possible, lorsque cet organe a été complètement séparé du corps?

Cette question qui, au premier abord, semble si facile à résoudre, est depuis long-temps le sujet d'une controverse très-animée. Les faits sont nombreux de part et d'autre, les expériences paraissent bien constatées, et cependant l'objet est toujours en litige, soit parce que les uns ne veulent point modifier leur opinion, qu'ils croient suffisamment fondée, soit parce que les autres se plaisent dans leur prévention, en dépit de toutes les observations qu'on peut leur présenter. C'est bien le cas de rappeler ici l'axiôme de Phèdre : *Periculum est credere et non credere*. Il ne convient pas sans doute d'accueillir trop légèrement toutes les histoires merveilleuses qu'un grand nombre d'écrivains très-recommandables ont publiées sur la revivification des parties entièrement détachées du tissu vivant; mais il ne faut pas non plus, par un scepticisme outré, repousser les tous faits de cette nature, par la seule raison qu'ils

---

(1) Nom des anciens philosophes indiens, prêtres de *Brahama*.

(2) Nom des prêtres modernes de *Brahama* qu'on nomme aujourd'hui *Brama*.

(3) Dernière caste dans l'Inde.

paraissent contraires aux principes d'une saine physiologie; autant vaudrait s'écrier comme le psalmiste : *Omnis homo mendax.*

J'ai commencé, comme tant d'autres, par nier la possibilité d'une pareille réhabilitation ; mais des faits nombreux, et qui me *semblent* porter l'empreinte de la vérité, ont tellemement ébranlé ma première conviction que, soit par amour-propre ou crainte de me tromper, j'ai préféré me réfugier dans un doute philosophique qui, comme le dit Bacon, est l'école de la vérité : *In dubio tutior pars est eligenda.* C'est une profession de foi que je me hâte de faire, afin que, dans le cours de ce chapitre, le lecteur soit moins disposé à me taxer de trop de partialité : libre à lui, après un mûr examen de la question, de se décider pour l'une ou l'autre opinion, suivant que le principe lui en paraîtra le mieux démontré.

Une des observations relatives à cet objet, et qui a eu le plus de publicité, quoique fort contestée, est sans contredit celle rapportée par Garengeot (1). Comme on s'est plu à la dénaturer et à y ajouter des circonstances propres à la rendre ridicule, nous tâcherons de la rapporter avec exactitude, tout en la dépouillant d'une superfluité de détails bien inutiles, et qui, d'ailleurs, ne changent rien au fond de la question.

Le 26 septembre 1724, deux soldats du régiment de Conti, compagnie de Malide, sortis ivres du cabaret, se prirent de dispute, et se battirent *corps à corps* dans la rue (2); mais l'un deux saisissant avec les dents toute la partie cartilagineuse du nez de son adversaire, la lui arracha tout net et la cracha dans la boue. Une chirurgien du voisinage, nommé Galain, ayant lavé ce nez dans du vin chaud, le rappliqua aussitôt et le maintint en place à l'aide d'emplâtres agglutinatifs et d'un bandage en fronde. Dès le lendemain, l'agglutination commença à s'opérer, et Garangeot, qui pansa le malade quatre jours après son accident, rapporte avoir vu *ce bout de nez* parfaitement réuni et cicatrisé. Tel est le fait raconté par Garengeot, qui professait avec éclat, à Paris l'anatomie et la chirurgie.

A cette époque, *Sylva*, *Lapeyronie*, *Malaval*, *Roux*, *Sauré* et *Quesnay*, en donnant leur approbation écrite à l'ouvrage de cet auteur, purent bien montrer quelque étonnement, mais il ne firent point paraître d'incrédulité. Personne enfin ne songeait alors à contester un fait aussi étrange; il s'était passé en présence d'un trop grand nombre de témoins, et paraissait revêtu de preuves trop incontestables, pour qu'on pût se permettre d'en douter.

Ce ne fut que long-temps après qu'un certain Montaulieu, malignemement caché sous le nom de Philippe d'Alcrippe, commença à se moquer de Garengeot et à nier la véracité de son observation. Le signal de l'attaque donné, les journaux français et étrangers se déchaînèrent contre l'auteur; les insultes et les pamphlets lui furent prodigués de toute part, et Heister fut celui de ses confrères qui le traita le plus cruellement. Garengeot fit face à toutes ces attaques, et répondit toujours avec le même esprit de conviction aux tracasseries littéraires dont il devint l'objet. En effet, que pouvaient produire sur sa conviction tous les soupçons de réalité manifestés par Heister, Lafaye, Morand, Winslow, Petit, et tous leurs contemporains, lorsque lui, Garengeot, pouvait leur produire vingt témoins pour attester le fait, et le chirurgien Galain, ainsi que ses trois élèves, qui avaient appliqué le premier appareil? Mais si, d'une part, les incrédules furent nombreux, d'autre part, on compte au nombre de ses zélés défenseurs, M. le baron Percy, ce véritable fondateur de la chirurgie militaire, qui, au talent d'écrire avec grâce et originalité, joignait une érudition profonde et une grande justesse de pensée. Il avait partagé d'abord la prévention commune contre l'histoire de Garengeot; mais, après avoir recueilli une foule de faits qui lui ont paru concluans en faveur de ce raccoûtrement de nez, il a cru devoir se rendre à l'évidence et n'a pas balancé de publier « que le jour était enfin arrivé de faire amende honorable à la mémoire de Garengeot, si long-temps souillée par d'injustes récriminations qui abreuvèrent d'amertume les dernières années de sa vie. » Il rapporte, à l'appui de son opinion, le fait suivant dont il garantit l'authenticité, de manière à ne laisser aucun doute à cet égard.

Loubet, ancien chirurgien-major, auteur d'un Traité sur les plaies d'armes à feu, ayant vu, à Rocroy, un cas de même nature; mais sachant à combien de méchantes tracasseries avait été en butte Garengeot à propos de la sienne, se contenta d'en faire confidence à quelques-uns de ses intimes amis. M. Percy déclare avoir vu entre les mains de M. Leriche, chirurgien en chef de l'Hôpital militaire de Strasbourg, une lettre, en date du 22 juillet 1758, dans laquelle *le bon Loubet, homme pieux, mais d'un caractère très-timide, racontait, sous le secret, à son ancien camarade d'armes, la cure singulière et inespérée qu'il avait opérée quelques mois auparavant.* « Le nez, disait-il, avait été relevé, lavé, rappliqué, et son agglutination avait été obtenue en quinze jours. »

Un fait très-remarquable aussi est celui rapporté par Léonard Fioraventi (3), que ses contemporains ont admiré, non-seulement pour ses connaissances très-étendues en médecine, mais surtout pour sa dextérité à pratiquer les opérations chirurgicales. Se trouvant sur les lieux au moment où le Segnor Andréas Guitéro reçut, de la part d'un soldat, un coup de sabre qui lui abattit le nez; il le ramassa, le nétoya dans de l'eau tiède, le remit en place, l'assujettit d'une manière si heureuse, que l'adhérence fut complète au bout de quelques jours. « Allez, disait-il aux incrédules, allez visiter le segnor Andréas, qui demeure à Naples, où chacun connaît son histoire; examinez bien son nez et sa cicatrice, écoutez toutes les déclarations qu'on vous fera, et vous verrez alors s'il est possible encore de douter d'un fait, dont la vérité est si bien démontrée. »

Ruddiman, célèbre voyageur, rapporte qu'on est telle-

(1) Traité des opérations de chirurgie, par Garengeot.

(2) Ce fut dans la rue des Deux-Écus, au coin de laquelle se trouvait situé ledit cabaret, qui existe encore; il portait alors le nom de l'*Épée-Royale.*

(3) Voyez son compendium *Dei secreti naturali.*

ment persuadé dans l'Inde, que le nez coupé peut être rajusté, qu'après son ablation, qui a toujours lieu sur la place publique, la loi ordonne à l'exécuteur de le jeter dans un brasier ardent, afin que les raccoûtreurs du pays ne puissent le rappliquer au coupable. Mais en Italie, où, comme nous l'avons dit précédemment, l'on coupait jadis beaucoup de nez, la loi moins sévère ne faisait mention que de la mutilation pure et simple, il paraît qu'on le recueillait avec beaucoup de soin, pour le rajuster aussitôt sur le *facies* du pauvre patient. C'est du moins ce que Henri Moinichen (1) assure avoir entendu dire à des témoins oculaires. — Antoine Molinetti, professeur d'anatomie et de chirurgie à l'Université de Padoue, assure que son père, chirurgien distingué à Venise, avait, en 1826 : rendu cet important service à un Italien de bonne maison, qui avait été condamné à ce genre de mutilation. Il assista à cette exécution légale, et prit toutes les précautions nécessaires pour que le bout du nez n'eût pas le temps de se refroidir.

L'on trouve inséré dans le *Journal des Savans*, juillet 1668, l'histoire circonstanciée, d'une rhinoplastie de ce genre, que Michel Leyséri pratiqua sur un gentilhomme, qui, pour ses méfaits, avait été condamné à perdre son nez (2).

Un autre fait non moins étrange a été inséré dans la *Gazette de santé*, numéro du 2 juin 1774. On peut en juger par l'extrait suivant, d'une lettre écrite de Niort en Poitou, par M. Régnault, maître en chirurgie, datée du 20 mai 1774, et que publie cet estimable journal.

« Le 15 du mois de mars dernier, je fus appelé sur le midi pour aller à la prison voir le nommé Loudun, boucher de cette ville, qui y était détenu. Un contrebandier, également prisonnier, se prit de querelle avec lui. Le contrebandier le mordit au nez, qu'il emporta en entier, jusqu'à le détacher des os du nez et des os maxillaires. Lorsque j'arrivai à la prison, cet homme avait un mouchoir à la main devant son nez, et mettant l'autre main à la poche, il tira un papier et me le remit. Voyez, me dit-il, ce qu'il y a dedans. Je développai le papier et fus fort surpris d'y voir tout un nez froid et noir. Je mis cette partie dans de l'esprit de vin camphré, et j'en lavai bien la plaie; j'appliquai ensuite cet organe le mieux qu'il me fut possible, et fixai le tout en place par un bandage contentif : trois fois par jour j'arrosais le nez par-dessus, avec le même esprit de vin. Au bout de huit jours, ayant levé l'appareil, je vis que cette partie se reprenait. Mais comme il y avait de grandes déchirures, il survint une suppuration, qui dura un mois. Au bout de cinq semaines, il a été parfaitement guéri, sans aucun autre accident; son nez était entièrement repris, et il ne restait de chaque côté, dans la partie inférieure, que deux petites cicatrices enfoncées. Cette observation prouve qu'on doit souvent tenter la réunion des parties, avant de se déterminer à les perdre, soit en les abandonnant dans l'état de dernière séparation où on les trouve, soit en achevant de les séparer. Ainsi l'on a eu tort de révoquer en doute les faits rappelés par Gaspar Tagliacozzi et Garangeot. Si mon observation exigeait des garans, j'en fournirais, etc. »

Comme nous venons de le voir, cette ablation complète du nez est arrivée au nommé Loudun, dans un établissement public et en présence d'un grand nombre de témoins. La rapplication de cet organe a été faite, et son agglutination obtenue, au vu et su de tout le monde, puisque la ville entière aurait pu, au besoin, nier ou attester cette publication, qui dut à cette époque produire une vive impression dans le monde médical. Enfin, l'insertion de ce fait extraordinaire, dans la *Gazette de santé*, qui l'a publié peu de jours après l'entière guérison, lui donne un caractère *quasi-officiel*. D'ailleurs, je ne sache point qu'à cette époque, personne se soit inscrit en faux contre le chirurgien Régnault; les preuves étaient là, pouvait les consulter qui voulait.

M. Percy, dont personne n'oserait suspecter la bonne foi, n'a pas balancé à publier la singulière histoire qu'un docteur de la Faculté de Médecine d'Heidelberg lui a racontée, en 1816, et affirmée avec serment et sur son honneur, en présence de trois docteurs de Paris.

» En 1815, un étudiant de son pays s'étant battu en duel à Heidelberg, son adversaire lui abattit d'un coup de revers, le *bout du nez*, qui tomba à terre sans qu'on l'y aperçût; un des témoins, élève en chirurgie, appliqua à la hâte un petit appareil. Le frère du blessé étant accouru, enleva cet appareil, et ayant remarqué que *le bout du nez* manquait, il le chercha, le trouva, le fit remettre et assujettir soigneusement à sa place, où il reprit facilement sur ses bords, mais sans pouvoir être cicatrisé dans son milieu avant le vingt-sixième jour de sa réhabilitation : toutes choses parfaitement connues dans le pays, et que personne n'y oserait révoquer en doute, tant elles y ont eu de témoins, presque tous encore vivans. »

Quoique la plupart des cas que nous venons de relater soient de nature à ne pouvoir être récusés par la seule arme du raisonnement, nous pourrons cependant les corroborer encore par une nouvelle et dernière observation, qui, par le haut degré d'intérêt qu'elle présente, et les garanties dont elle est accompagnée, ne semble point susceptible d'inspirer le moindre doute sur sa véracité.

Ce n'est plus d'un nez coupé qu'il s'agit, mais d'une moitié d'oreille *entièrement séparée*, et dont on a obtenu la complète agglutination au bout de quelques jours.

On lit dans le tome 6, page 394 du *Journal de Médecine et de chirurgie militaire*, rédigé par M. Fournier, la transcription détaillée de l'observation suivante, rapportée par M. le docteur Magnin, aide-major aux chasseurs de la Meuse.

Lahalle (Auguste), chasseur au troisième escadron du régiment de la Meuse (13me) en garnison à Charleville, reçut, le 2 septembre 1819, un coup de sabre sur le côté droit de la tête, qui pénétra jusqu'aux os du crâne, lui abattit la partie supérieure de l'oreille, *au niveau du conduit auditif externe*. Lahalle, conduit chez le chirurgien

(1) *Observationes medico-chirugicæ*. C'est un recueil intéressant de cas rares que Moinichen avait rassemblés pendant son séjour en Italie.

(2) On peut lire tous les détails de cette observation dans le *Giornale del signor abbate Nazari* (anno 1667).

Magnin, portait dans son mouchoir la portion d'oreille séparée. La plaie du cuir chevelu pansée, *restait l'oreille détachée;* le blessé et ses camarades étaient d'avis de la jeter, ne croyant point qu'elle pût reprendre. Mais M. Magnin ayant présent à l'esprit l'observation de Garangeot et celle du docteur Balfour (1), « Je rappliquai, » dit-il, cette partie de l'oreille détachée, la maintins à » sa place le mieux possible, à l'aide de deux morceaux » d'emplâtres agglutinatifs, l'un du côté interne, l'autre » du côté externe, le tout soutenu par de la charpie mol- » lette, et un bandage légèrement contentif. Le dixième » jour, le morceau interne du sparadrap fut enlevé, et, à » mon grand étonnement, je trouvai l'oreille recollée, » et parfaitement reprise sans suppuration. Pour plus » grande sûreté, l'emplâtre extérieur fut laissé jusqu'au » quinzième jour. Alors la place du crâne se trouvant aussi » guérie, tout l'appareil fut enlevé. L'oreille est solide, » bien cicatrisée, de couleur et sensibilité naturelles; sa » cicatrice, linéaire et entièrement circulaire, démontrait » aux plus sceptiques, l'évidence d'un fait dont je pour- » rais donner pour témoin tout mon régiment. »

Légalisation de l'observation ci-dessus:

Nous soussignés, membres du conseil d'administration du régiment des chasseurs de la Meuse, certifions que le nommé Lahalle (Auguste), chasseur au troisième escadron du dit régiment, a eu, dans un combat singulier, le 2 septembre 1819, une partie de l'oreille droite totalement coupée; et que cette partie, rappliquée par M. le docteur Magnin, chirurgien aide-major à notre corps (le chirurgien-major était absent pour cause de maladie) s'est parfaitement réunie, et que le dit Lahalle existe à notre corps, bien guéri.

Fait à Charleville, le 20 novembre 1819.

Ch. Lepage, Noudet,
V. Callat, Ubry.

Le conseil supérieur de santé a cru ne devoir publier ce fait, que revêtu de l'attestation du conseil d'administration du régiment auquel appartient M. Magnin, non que ce médecin ne mérite toute confiance de la part de ses chefs, mais ils ont voulu, par cette précaution, ajouter, pour le public, un nouveau degré de crédibilité à son rapport.

Ainsi donc, que le bout du nez ou bien une partie de l'oreille, entièrement séparés du corps, soient susceptibles de recollement, et que ces parties rappliquées puissent revivre et redevenir parties intégrantes et animées du système organique, c'est ce dont nous ne doutons plus autant qu'autrefois, quoique cela nous paraisse encore très-difficile à comprendre. Pour ce qui concerne le greffement des oreilles, MM. Percy et Richerand l'avaient déjà expérimenté et réuni chez le mouton, de lapin, et autres animaux. Mais ils n'ont jamais pu réussir à faire reprendre le bout du nez à des chiens. Toutefois il convient d'observer que, quoi qu'ils eussent attaché les pattes de l'animal, ils n'avaient pu l'empêcher de lécher quelquefois la plaie, ce qui devait avoir ébranlé l'extrémité nasale, et nui à son agglutination. Cependant on a nié trop long-temps, ajoute M. Percy, et en cela, on a beaucoup nui aux progrès de l'art; car l'homme ne tente guère ce qu'on lui fait considérer comme impossible. Il faut expérimenter: cette conduite est beaucoup plus philosophique, pour arriver enfin à la solution de ce problême.

Nous n'en finirions plus si, pour terminer ce chapitre, déjà trop long, nous allions compulser les ouvrages de Fallopio et de Glandrop, *de Decoratione;* celui que Joseph Baronio a publié, en 1804 sous le titre *Degli innesti animali* (des entes animales); celui de Wiesman, *De coalitu partium a reliquo corpore prorsùs disjunctarum,* etc. Lypsiæ, 1824, ainsi que les nombreuses observations rapportées par Pouteau, Thomson, Baylai; MM. Lespagnol, Wigorn, Balfour, et plus récemment encore celles publiées en Allemagne, par M. Hoffaker, et en France, par MM. Piedagnel, Berard jeune et Barthélemy.

Seulement nous observerons que, puisqu'il paraît évidemment démontré qu'une moitié de l'oreille étant séparée de l'autre, peut, après avoir été rappliquée, s'agglutiner, se nourrir et prendre de l'accroissement, c'est pour le moins une induction très-favorable à la réposition et à la revivification des parties, dont la structure et la substance sont aussi similiaires que celles du fibro-cartilage du *lobule nasal.*

Nous devons donc conclure:

1° Que, toutes les fois qu'un nez aura été entièrement séparé du corps, on ne devra jamais négliger de le remettre en place, de l'y maintenir aussi exactement que possible, en l'entourant de toutes les précautions convenables pour favoriser son agglutination. Dans le cas de non réussite, cette application serait d'un innocuité complète.

2° L'agglutination du nez sera d'autant plus probable qu'il ne s'agira que de l'extremité ou du lobule cartilagineux de cet organe, et que son application sera pratiquée immédiatement après la mutilation.

3° Le succès de l'opération sera plus que douteux, lorsque la totalité du nez, (os et cartilages) aura été complètement séparée, que l'action vulnérante aura fortement contondu, ou désorganisé en partie les tissus, et qu'il y aura des esquilles osseuses. Il n'y aurait cependant aucun inconvénient à craindre de la rapplication de cet organe, après qu'on aura eu soin de simplifier autant que possible la nature des deux plaies.

IIIme. *Deficiente naso,* est-il possible de pratiquer la rhinoplastie à l'aide d'un nez d'emprunt, ou bien peut-on

(1) Le docteur Wiliams Ralfou a publié dans la *Bibliothèque Britannique*, n°1, page 8 un fait tout aussi étrange: « Il rappliqua en présence du docteur Reid, les parties *entièrement séparées* par un coup de hache et en obtint la parfaite consolidation. » On peut consulter pour plus détails l'ouvrage qu'il a fait imprimer en 1814 et qui a pour titre: *Observations on adhesion, with two cases, démonstrative of nature to reunite parts, wich have ben by accident totaly separate from the animal system.*

y suppléer au moyen de toute autre partie charnue prise sur un autre individu?

Il paraît que la transplantation du nez, ainsi que son raccoûtrement à l'aide d'un lambeau cutané de la fesse, sont des opérations qu'on pratique assez fréquemment dans l'Inde. Il ne doit pas être très-difficile, dans ce pays habité par des castes riches et privilégiées, de se procurer un nez de rechange, ou l'étoffe nécessaire pour en fabriquer un tout neuf. Les malheureux parias, gente éminemment taillable, doivent être faciles à exploiter pour ce genre d'approvisionnement. D'ailleurs, la grande quantité de malfaiteurs, ainsi que le très-grand nombre des prisonniers de guerre dont on mutile le nez, offrent encore une ressource inépuisable.

C'est à tort qu'on a cru, dans ces derniers temps, que M. le docteur Dutrochet est le premier, en Europe, qui ait eu connaissance de cette méthode Mogolienne, ce que tendait à faire croire la curieuse observation qu'il a publiée dans différens journaux et que nous rapporterons plus bas. Il est vrai que les rhinoplastes indiens avaient si bien gardé le secret de leur procédé, qu'il avait échappé, jusqu'à ce jour, à la recherche de nos voyageurs modernes, et que les Anglais qui habitent ce pays, dont ils possèdent depuis long-temps les plus belles contrées, l'ont complètement ignoré, puisqu'ils n'en ont pas fait mention. Mais comme nous l'avons précédemment indiqué, les Siciliens (1), depuis un temps immémorial, ayant été en relation avec l'Inde, y puisèrent, non-seulement les notions nécessaires qui ont donné naissance à la méthode dite tagliacozzienne; mais ils durent encore y recueillir des notions sur l'opération Mogolienne. C'est ce dont on pouvait presque se convaincre d'après la lettre qu'Elysius Calentius, gouverneur du fils de Frédéric II, roi de Naples, écrivait à un nommé Orpianus, qui avait perdu le nez : « Venez chez moi, je vous adresserai à Branca, chirurgien Sicilien d'un très-grand mérite, qui vous appliquera un nouveau nez, soit à l'aide de la peau du bras ou bien au moyen de la transplantation du nez d'un esclave. Ce qu'ayant vu, je m'empresse de vous l'apprendre ne pensant pas qu'aucune chose vous puisse être plus chère. »

Dans son Dictionnaire de chirurgie pratique, 2e volume, page 266, Samuel Cooper ne balance point à dire : qu'il est prouvé d'une manière convaincante que les parties du corps humain, après avoir été enlevées de leur place normale, *peuvent être unies à une autre quelle qu'elle soit.* Mais il est difficile, ajoute-t-il d'obtenir cette union, parce que la partie détachée conserve avec peine le principe de vie qui lui est propre, et dont elle a besoin pour se mettre en communication avec les autres parties vivantes.

Telle est aussi l'opinion de Hunter qui a souvent expérimenté qu'un ergot de coq peut être arraché et ensuite implanté dans sa crête, ou bien dans celle d'un autre coq, où il continue à prendre vie et développement, etc. Joseph Baronio, de Milan, dans son ouvrage, *Degli innesti animali,* parle de certains coqs sur la tête desquels, après excision de la crête, il avait greffé, soit leur éperon, soit l'aile d'un serin, soit le petit bout de la queue d'un chat, et que des marchands Dalmates avaient achetés de lui, pour aller les faire voir en Allemagne, en Russie etc., *comme des phénomènes vivans, uniques dans leur genre.*

Il semblerait résulter encore des expériences du même auteur, que la peau des flancs d'un animal, transplantée de droite à gauche, ou appliquée sur les flancs d'un autre animal, après qu'on y a pratiqué une perte de substance de grandeur et de forme convenables, s'y greffe et continue d'y vivre. Quoique la vérité de ces fait sait été confirmée par Monteggia, Macari, Paletta et Anguissola, qui assistèrent quelquefois à ces essais de transplantation, ainsi que par Hunter, en Angleterre, et Duhamel, en France. MM. Huzard et Gohier n'ont pu obtenir de semblables résultats dans les tentatives qu'ils ont faites à l'école vétérinaire de Lyon.

Le docteur anglais Savrey a acquis la preuve de la possibilité de cette greffe mutuelle, chez deux gentilshommes Suédois qui, entraînés par l'enthousiasme de l'amitié, échangèrent chacun un lambeau de la face antérieure de l'avant-bras. On a fait également mention d'une association secrète d'Allemagne, dont les initiés faisaient entre eux de pareils échanges; ce qui devenait pour eux un lien de consanguinité et un gage de fidélité à toute épreuve.

Enfin, d'après M. le docteur Dutrochet, dont les recherches anatomiques et physiologiques sur la structure intime des tissus animaux offrent un très-grand intérêt, voici quelles sont les données les plus positives que nous pouvons rapporter sur la rhinoplastie au moyen d'une peau d'emprunt. C'est de son beau-frère, ancien général en chef des troupes réglées du prince maratte Scindiah dans le Mogol, que M. Dutrochet tient ces renseignemens, de la véracité desquels il ne doute pas plus que s'il les avait lui-même recueillis sur les lieux. Voici comment s'exprime cet honorable général sur ce fait important :

« Parmi les méthodes usitées chez les Indiens, au milieu desquels j'ai si long-temps vécu, pour refaire un nez (et on en coupe beaucoup et souvent dans ces contrées), la meilleure consiste à greffer, à la place du nez qui n'est plus, un morceau de peau avec son tissu cellulaire, pris à la fesse préférablement à toute autre partie, parce que c'est là qu'il y a le plus de ce tissu, et qu'on peut enlever un morceau avec moins d'inconvénient. L'exemple suivant expliquera la manière de faire des Indiens en pareil cas.

» Un sous-officier de canonniers de l'armée que je commandais avait été pris en haine particulière par un officier supérieur : celui-ci profita d'une faute légère qu'avait commis ce sous-officier, pour lui faire couper le nez. On était alors en campagne et le malheureux mutilé fut obligé de continuer son service sans pouvoir faire restaurer son nez. Ce ne fut qu'un certain temps après, lorsque la plaie commençait déjà à se cicatriser qu'il lui fut possible de faire pratiquer cette opération par des Indiens en possession du procédé. Les opérateurs débutèrent par refraîchir la plaie du nez; ils choisirent ensuite un endroit de la fesse qu'ils frappèrent à coups redoublés avec une pantouffle, jusqu'à ce qu'il fût bien tuméfié. Alors ils coupèrent en cet endroit

(1) La sicile, toujours fécondé en grands médecins, a été a patrie du célèbre Ingrassias, qui mérita si bien le titre lorieux d'Hippocrate sicilien, que lui décernèrent la reconnaissance publique et l'admiration du monde savant.

un morceau de peau et de tissu subjacent, de la grandeur et de la forme de ce qui manquait au nez, ils l'appliquèrent sur ce dernier et l'y fixèrent solidement. Ils eurent soin de mettre dans chaque narine une petit cylindre de bois pour en maintenir l'ouverture. Cette espèce de greffe animale réussit à merveille. J'ai eu long-temps à mon service cet homme, après son opération; il n'était point défiguré et il ne restait d'autre trace de la mutilation qu'une cicatrice visible autour de la greffe. »

Telle est la curieuse observation que M. le docteur Dutrochet a livrée au public, et de la vérité de laquelle il ne doute pas plus, que s'il l'avait recueillie lui-même sur les lieux.

On ne lira pas non plus sans intérêt le passage suivant d'un rapport fait à l'Institut, par M. Geoffroi-Saint-Hilaire (le 11 février 1828), à l'occasion d'une rhinoplastie pratiquée par M. Lisfranc : « Dans l'Inde, où les institutions de la féodalité étaient parvenues aux plus grands excès, où les esclaves étaient considérés comme une matière commerciale abandonnée à tous les caprices d'une jouissance privilégiée, on abattait le nez à *cette chose possédée* et on l'appliquait sur le visage du *noble possesseur,* qui en avait besoin. Dans d'autres circonstances on frappait avec une pantouffle à coups non interrompus, sur les fesses de l'esclave, jusqu'à ce que le tissu cellulaire sous-cutané fût dilacéré, et que la peau fît cloche dans une étendue assez considérable. Ces lambeaux cutanés, entièrement et fraîchement détachés, étaient ajustés et greffés sur le visage des sujets qu'ils étaient destinés à guérir. Effectivement, ajoute le rapporteur, *on a eu en Europe l'occasion de se convaincre de la possibilité de ce fait.* » Telle est du moins l'opinion qu'à manifestée M. Lisfranc, dans le mémoire qui fait le sujet de ce rapport signé Duméril, Boyer et Geoffroi-Saint-Hilaire.

Ce mémoire a paru très-recommandable à l'Académie, qui l'a jugé digne d'être publié dans le *Recueil des savans étrangers.*

Nous pourrions encore emprunter à l'histoire des fœtus doubles des documens qui démontreraient d'une manière tout aussi évidente la possibilité du greffement entre deux individus. Cette jonction de deux enfans consiste dans la plupart des cas, dans l'adhérence d'une assez grande étendue de leur surface cutanée, et d'autres fois dans la communication qui s'établit aussi entre une portion de leur squelette ou l'union même de quelques-uns de leurs organes principaux (1).

Il ne faut, pour que ce phénomène d'agglutination s'opère dans le sein de la mère, qu'une rupture accidentelle vers les portions adossées des deux placenta, qu'une déchirure vers un des points correspondant, s'il y a surtout rapport immédiat entre les surfaces des mêmes régions, des enveloppes fœtales : alors les affinités moléculaires ne manquent point de s'exercer de part et d'autre, pour établir le greffement entre les deux fœtus. Examinez, le scalpel à la main, l'organisation de ces doubles individus, et vous verrez les veines et les artères s'aboucher avec des vaisseaux de même nature. Il en est de même pour les nerfs et le système osseux, etc. On peut lire le développement de cette ingénieuse théorie, dans le rapport qu'a fait M. Geoffroi-Saint-Hilaire à l'Académie des Sciences, le 5 juillet 1830, à l'occasion d'un enfant double. Mais, crainte de nous éloigner de notre sujet, hâtons-nous de revenir à notre objet principal.

Dans le genre de raccoûtrement nasal dont nous venons de faire mention, la transplantation du tissu de l'individu qui fournit à celui qui reçoit paraît réellement possible, si l'on a la précaution de conserver au nez d'emprunt ou à tout autre partie de la peau qui doit y suppléer, une adhérence normale, qui puisse suffire à sa nutrition, jusqu'à ce que l'agglutination anormale ait eu le temps de s'établir.

Toutefois, il faut observer que, s'il s'agissait de raccoûtrer de la sorte, la totalité du nez chez un individu qui serait privé des parties osseuses, soutiens naturels de cet organe, il vaudrait mieux opérer la rhinoplastie à l'aide d'un lambeau des tégumens de la fesse ou de tout autre partie du corps, plutôt que de tenter la transplantation d'un nez d'emprunt, dont la peau, toujours trop mince, n'offrirait pas une résistance suffisante pour conserver, d'une manière durable, la forme convexe et saillante du nez. On pourrait m'objecter à cela, que le sacrifice du nez fait, il n'y aurait qu'à détacher la totalité de cet organe, os, chair et cartilages, pour en faciliter la transplantation. Mais il est facile de concevoir que, les os propres du nez ne pouvant être enlevés qu'avec la scie, ou tout autre instrument contondans les bords osseux arrachés et mis à découvert, ne tarderaient point à s'exfolier, ce qui rendrait très-difficile et pourrait même empêcher ce genre de greffe animale. On a cependant fait dans ces derniers temps, en Allemagne, des expériences qui ne tendait à rien moins, qu'à prouver la possibilité de l'agglutination des fragmens d'os, lors même qu'ils ont été entièrement détachés.

Il résulterait même d'après ces expériences et l'application que M. Maunoir propose, d'en faire, dans le cas d'opération du trépan, qu'on pourrait, à l'aide d'une pièce d'os, transportée toute fraîche du crâne d'un animal vivant, à un autre qui vient d'être trépané, l'y faire adhérer et participer à la nutrition. Ce serait une espèce d'opercule ou d'obturateur qui, d'abord, défendrait le cerveau contre la redoutable impression de l'air, et dans la suite, le protégerait contre les accidens dont une cicatrice ordinaire ne le préserve pas toujours. (Questions de chirurgie, pag. 112, par J.-P. Maunoir de Genève.) « Mais il faudrait, observe M. Percy, pour obtenir un disque qui joignît exactement à la marge circulaire de l'ouverture faite au crâne humain par le trépan, il faudrait se servir sur celui de l'animal, d'une couronne de trépan plus large que celle qu'on aurait employée pour la première opération, et ceci n'a pas besoin d'être expliqué. »

Dans les Indes, dans ce pays du despotisme, où les castes privilégiées ne se gênent en aucune façon, pour faire abattre

(1) Un des exemples les plus frappans de ce genre de monstruosité est sans contredit celui de ces deux filles hongroises dont parle Buffon, appelées Hélène et Judith, qui tenaient ensemble par les reins : elles vécurent vingt-un ans. De nos jours, nous avons vu le cas, tout récent encore, de Ritta et Christina, dont tous les journaux de la capitale ont donné la description.

le nez ou extirper une fesse aux parias, tout aussi bien qu'à leurs prisonniers de guerre, ce procédé de transplantation nasale, pratiqué dans des circonstances convenables et avec les conditions que nous venons d'indiquer, peut réussir aussi fréquemment que tout autre : mais hâtons-nous de le dire, peu de gens, chez nous, consentiraient à se faire déchiqueter le derrière, et encore moins à vendre leur nez au riche qui voudrait s'en servir pour faire raccoûtrer le sien. Quant à l'inclémence de notre climat et à la gêne qui résulterait de l'union obligée de deux individus, jusqu'au moment où l'on pourrait couper la base du lambeau d'emprunt, ce ne seraient point des obstacles insurmontables, et suffisans pour empêcher d'adopter cette méthode.

En outre, comme chaque pays à son esprit, sa moralité et ses mœurs, nous devons convenir, quoique nous décapitions légalement nos semblables, que nous leur enfoncions *plus ou moins profondément* une douzaine de balles dans la tête, et autant dans la poitrine, que nous leur marquions les épaules avec un fer rouge, que nous leur coupions le poignet droit d'un coup de hache, nous devons néanmoins convenir que, *chez nous*, l'humanité réprouve et nos lois défendent ce délit de cruauté, et un semblable abus dont on ne répugnerait point d'user dans mainte circonstance.

N. B. Si nous n'avions eu crainte de prêter au ridicule, nous eussions indiqué la position la plus favorable et la moins incommode à donner aux deux patiens qui s'aboucheraient face à face, ou autrement durant l'espace d'une douzaine de jours, temps nécessaire pour l'agglutination des parties (1). Nous aurions parlé de certains lits, dont les matelas et coussins, en étoffes imperméables, remplis d'air, auraient, par leur élasticité et la fraîcheur de leur tissu, diminué l'incommodité de cette longue immobilité, et prévenu les meurtrissures douloureuses des parties qui auraient supporté le poids du corps, durant ce laps de temps ; enfin nous aurions donné la description d'un appareil simple et très-sûr, pour obtenir l'immobilité parfaite chez les deux bénévoles patiens. Mais, de même que ce n'est qu'après trois cents ans d'incrédulité qu'on n'a plus traité Tagliacozzi de visionnaire, et que sa méthode n'offre plus rien de fabuleux... nous devons supposer aussi, que le siècle actuel ne sera pas mieux disposé à accueillir cette nouvelle théorie.

OBSERVATION

DE LA LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE,

Pratiquée à l'hopital d'Abou-Zabel (Egypte), le 7 juillet 1828,

Par Clot,

Docteur en médecine et en chirurgie, inspecteur du service de santé des armées de S. A. le vice-roi, directeur de l'École de Médecine, etc.

Mohammed Salem, Arabe, soldat au IIe régiment d'infanterie, âgé de 36 ans, doué d'une forte constitution, entra à l'hôpital militaire d'Abou-Zabel, le 1er juin 1828, pour y être traité d'une affection vénérienne. L'exploration des organes génitaux nous fit découvrir une tumeur qui occupait la partie supérieure et interne de la cuisse gauche : elle était à base large et du volume d'une grosse orange ; elle offrait au toucher des battemens isochrones à ceux du pouls et un bruissement sensible à l'auscultation. Tout le membre correspondant était plus volumineux ; mais le gonflement était plus considérable à la cuisse, dont la circonférence, mesurée au-dessous de la tumeur, avait deux pouces et demi de plus que le même point du membre opposé : à la partie externe et à deux pouces de la tumeur, existait une cicatrice ronde et déprimée de six lignes de diamètre.

Le malade, interrogé sur l'époque de l'apparition de la tumeur et sur ses causes, raconte qu'il y a environ dix ans que, veillant la nuit dans un champ à la garde de ses fruits, il fut assailli par des voleurs, et reçut un coup de lance à la cuisse, à l'endroit de la cicatrice indiqué plus haut. Cette blessure donna lieu à une hémorrhagie abondante, à laquelle succéda une syncope. Le blessé resta sur le terrain pendant quatre heures sans connaissance et sans secours. Il fut transporté ensuite dans sa maison, où un chirurgien arabe fut appelé. Ce chirurgien employa quelques moyens pour arrêter l'hémorrhagie. Un gonflement considérable survint dans la région inguinale, la cuisse et la hanche ; pendant huit à neuf jours des hémorrhagies fréquentes eurent lieu et ne cessèrent que par l'effet de la syncope ; enfin, le gonflement devint inflammatoire et se termina par une suppuration sanguinolente qui dura près de trois mois, au bout desquels la plaie se cicatrisa. Il resta pourtant dans la région inguinale une tumeur constituant l'anévrisme. Le membre un peu grossi éprouva de la difficulté dans ses mouvemens, ce qui obligeait le malade à le transporter dans la flexion toutes les fois qu'il était obligé de se déplacer. Depuis lors, la tumeur acquit insensiblement le volume que nous lui avons trouvé.

Il y a environ trois mois que Mohammed Salem fut pris pour le service militaire ; mais l'impossibilité de résister aux fatigues de l'exercice, jointe à l'apparition d'une maladie vénérienne, déterminèrent son entrée à l'hôpital. Il fut d'abord placé dans la salle des vénériens et soumis à un traitement antisiphilitique qui dura un mois, après lequel tous les symptômes avaient disparu.

Le 28, il fut envoyé à la salle de clinique chirurgicale, où j'examinai le malade avec attention, et, après en avoir délibéré en consultation, il fut décidé que ce cas réclamait la ligature de l'artère iliaque externe. En conséquence, le malade fut soumis à un régime diététique, à l'usage d'une tisane rafraîchissante et des bains ; le même jour, il lui fut fait une saignée au bras pour diminuer la vélocité du pouls, qui était fortement développé.

Le 2 juillet, une seconde saignée fut nécessitée.

Le 6, diète, lavement purgatif.

---

(1) C'est-à-dire pendant la première période de l'opération, lorsque le lambeau de peau est encore adhérent par une de ses extrémités, afin qu'il continue à recevoir sa nutrition, jusqu'à ce que son greffement ait pu s'effectuer.

Le 7, à dix heures du matin, l'opération fut pratiquée en présence de MM. Bernard, Barthélemy Duvigneau, Gaëtani, professeurs de l'École, de MM. les docteurs Chérubini, Castagnoni, Hernandes, Breys, Marrouchi, et plusieurs officiers de santé de l'armée et des élèves.

Le malade, couché sur une table garnie d'un matelas, je me plaçai au côté gauche et fis alonger la cuisse malade, afin de tendre les parties que j'avais à diviser; je commençai l'incision au milieu de l'arcade crurale, et la prolongeai jusqu'à un pouce au-dessus de l'épine antérieure et supérieure. Le premier coup de bistouri divisa la peau dans toute cette étendue. Le malade se contracta avec violence, ce qui m'obligea d'inciser avec la plus grande précaution, me servant de la sonde cannelée pour diviser les muscles grand oblique, petit oblique et transverse, afin d'arriver au péritoine sans l'ouvrir. Dès que cette membrane fut à découvert, les efforts du malade la poussèrent à l'ouverture, et elle se serait inévitablement rompue, si mon premier aide le docteur Gaëtani, qui se trouvait placé au côté opposé, ne l'eût refoulée avec les doigts. Je détachai facilement le péritoine, et l'artère fut mise à découvert : elle n'était unie à la veine et au nerf que par un tissu cellulaire lâche, à travers lequel je passai l'aiguille mousse de Chopart, garnie d'un triple fil ciré retors, que je serrai immédiatement par deux nœuds simples.

Les battemens de la tumeur cessèrent aussitôt, le sommet s'affaissa sensiblement, et la plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives. L'opération avait duré cinq minutes, et tout au plus une once de sang avait été répandue. Le malade fut replacé dans son lit, et le membre, dans une situation légèrement élevée, fut entouré de flanelles chaudes. Le pouls, qui, quelques jours avant l'opération, donnait 75 à 80 pulsations, descendit à 60 : six heures après il était monté à 70 et devenu fort; la température du membre avait baissé de deux degrés au thermomètre de Réaumur, la sensibilité était émoussée, et un fourmillement incommode se faisait sentir dans tout le membre. (Diète sévère.)

Le 8 au matin, agitation pendant la nuit par l'effet des douleurs et des fourmillemens dans le membre; sommeil de demi-heure, pouls dur et concentré, quatre-vingts pulsations par minute, langue sèche, un peu de ballonnement au bas-ventre. Le membre a la même température que celui du côté opposé, excepté aux orteils où elle est un peu moindre. (Saignée au bras, de douze onces; limonade, fomentations émollientes, diète.)

Visite du midi, le pouls plus fort et plus développé, face animée ballonnement du bas-ventre plus considérable. Saignée de huit onces; pour le reste, comme dessus.

Visite du soir, pouls moins fort, donnant toujours quatre-vingts pulsations, ballonnement du bas-ventre un peu moins considérable. (Fomentations émollientes, limonade, diète.)

Le 9 au matin, la nuit a été assez calme, sommeil de cinq heures; le pouls ne donne plus que soixante-dix pulsations, mais il est dur et concentré; le météorisme du bas-ventre a augmenté; forte tension à la région épigastrique; fréquentes envies de vomir; les douleurs et les fourmillemens dans le membre sont presque nuls, sa température est naturelle. (Soixante sangsues sur la région épigastrique, application d'un cataplasme émollient après leur chute, limonade, diète.)

Visite du midi, le sang a coulé abondamment sous le cataplasme qui a été changé deux fois. Le pouls est souple et ne donne que soixante-cinq pulsations. Les envies de vomir ont cessé; le météorisme a sensiblement diminué. Sommeil de trois heures. (Limonade, diète.)

Visite du soir, sommeil de deux heures; le calme continue. (Mêmes prescriptions.)

Le 19 au matin, nuit calme, sommeil de sept heures, le pouls ne donne que soixante-cinq pulsations; le météorisme a entièrement disparu; le membre a la température naturelle; la langue est humectée; le désir des alimens se fait sentir. L'appareil est renouvelé; la plaie n'a que quelques lignes de largeur. (Limonade, diète.)

Visite du soir, la journée a été parfaitement tranquille; le malade demande des alimens. (Mêmes prescriptions.)

Le 11 au matin, la nuit a été moins calme que la précédente; le pouls est dur, irrégulier et intermittent. Après les onzième et douzième pulsations, le fourmillement du membre se fait sentir. La chaleur est naturelle, excepté aux orteils où elle est faible. La langue est sèche. (Saignée au bras de huit onces, limonade, diète.)

Visite du soir, la journée a été calme; le malade, qui n'avait pas été à la selle depuis le jour de l'opération, a eu deux évacuations alvines assez abondantes; le pouls est moins dur, peu régulier; le membre a la température naturelle, même aux orteils. (Mêmes prescriptions.)

Le 12 au matin, sommeil de presque toute la nuit; selles liquides, température du membre naturelle. La sensibilité, presque nulle depuis l'opération, a reparu.

La plaie a été pansée, le pus est de bonne qualité. Le malade désire des alimens. (Deux demi-lavemens émolliens, deux crèmes.)

Visite du soir, même état que le matin.

Le 13, visite du matin, nuit calme, bien-être parfait, le pouls est bon, la langue humectée. Le malade demande vivement des alimens (Soupe de purée au maigre.)

Visite du soir, même état.

Le 14, visite du matin, le pouls et la langue sont dans un état naturel. (Deux soupes de riz au maigre.

Le 15, même état que la veille. Pansement; la plaie marche vers la cicatrisation; la lumeur s'affaisse, elle fait sentir à son côté externe un battement sourd. Le quart en aliment.

Le 17, même état que la veille. (Mêmes prescriptions.)

Le 18 mouvement fébrile, langue sèche; la suppuration est légèrement séreuse. (Limonade, diète.)

Le 19, la ligature est entièrement détachée et se trouve tout entier sur la surface de la plaie. Le pouls est régulier, la langue humectée. (Soupe.)

Le 20, même état. (Même prescription.)

Le 21, le malade désire vivement des alimens. (Le quart.)

Le 22, même état. (Même prescription.)

Le 23, Id. Id.

Le 24, Id. (Demi-portion.)

Le 25, il est permis au malade de se promener dans la

salle; il ne s'appuie qu'avec difficulté sur le membre malade.

Les 26, 27 et 28, même état; la tumeur ne diminue pas sensiblement; le membre a le même volume que celui du côté opposé, moins quelques lignes dans sa circonférence; la marche devient plus facile; il mange la portion entière.

Le 3 août, la plaie est complètement cicatrisée; seulement la région est ici un peu plus saillante qu'au côté opposé, les viscères éprouvant moins de résistance vers la cicatrice qui n'a pu être opérée par la réunion immédiate.

Réflexions.

Cette opération a présenté les particularités suivantes :

Cet anévrisme est de ceux que l'on nomme faux consécutifs; cela me paraît assez bien démontré, par la cause qui lui a donné lieu. Par cette raison, le malade était exempt de cet état général qu'on a nommé diathèse anévrysmale. La situation de la tumeur au-dessous de l'arcade et sa forme circonscrite laissaient présumer que la dilatation ne s'étendait pas jusqu'à l'iliaque. Son volume et ses progrès lents indiquaient qu'il n'y avait pas dans les parties environnantes des altérations de nature à faire craindre que les vaisseaux collatéraux fussent oblitérés ou désorganisés, ni à compromettre le rétablissement de la circulation. J'ai considéré le bruissement qui se faisait entendre comme un obstacle au cours du sang causé par le rétrécissement qui existait dans la tumeur, et, par cette raison, j'ai supposé que les vaisseaux collatéraux devaient être dilatés; ce qui est une des conditions les plus favorables au succès de l'opération.

Deux procédés opératoires s'étaient présentés à mon choix: celui de M. Abernethy et celui de M. Astley Cooper. Je me décidai pour le premier, comme ayant été adopté par presque tous les chirurgiens qui ont pratiqué la ligature de l'iliaque externe.

Durant le cours de l'opération, il ne s'est rien présenté de particulier, si ce n'est que le malade n'a pu observer une précaution importante, celle de ne pas se livrer à des efforts considérables, efforts qui ont failli entraîner la rupture du péritoine.

A l'exemple encore de la plupart des praticiens, j'ai voulu employer la ligature immédiate et un simple fil rond passé au moyen de l'aiguille de Chopart; que j'ai trouvée très-commode et très-propre à cette opération.

La température du membre n'a baissé que dans les premières heures qui ont suivi l'opération, excepté vers l'extrémité des orteils où elle a été long-temps plus basse que dans le reste de la partie. Un fourmillement incommode s'est fait sentir pendant les huit premiers jours : il est remarquable qu'il cessait après les évacuations sanguines, et qu'il s'ensuivait une chaleur régulière et de la moiteur dans le membre; circonstance qui me porte à croire que l'on s'est généralement mépris, en attribuant le froid qui succède à la ligature, au défaut de vitalité de la partie, en raison du peu de sang qui y aborde. Je crois, au contraire, qu'il existe dans ce cas une véritable apoplexie locale, qui cède aux évacuations sanguines. En effet, le malade était tourmenté par les applications chaudes, sur l'usage desquelles je n'ai pas insisté.

La plaie s'est cicatrisée régulièrement; j'ai dû enlever, lors du ballonnement du bas-ventre, des bandelettes qui opéraient la réunion immédiate, dont il est résulté une cicatrice large qui a été long-temps à se fermer, et qui a singulièrement affaibli les parois abdominales sur ce point.

La ligature qui a été trouvée dans le pansement le douzième jour, était probablement séparée de l'artère le neuvième ou le dixième, et la promptitude avec laquelle elle s'est détachée, est due sans contredit aux avantages de la ligature ronde et immédiate.

Deux mois après l'opération, la tumeur avait diminué de plus d'un tiers, et ne faisait sentir qu'un battement obscur; elle disparut presque complètement au bout de quatre mois, et le malade sortit de l'hôpital.

Cette opération est un nouveau fait ajouté au nombre assez considérable de succès obtenus, qui prouvent que la ligature de cette artère n'est pas aussi dangereuse qu'on avait pu le croire, et qu'il existe de nombreux points d'anastomose pour rétablir la circulation.

DE LA RHINOPLASTIE.

(TROISIÈME ARTICLE.)

Histoire moderne de la rhinoplastie.

C'est de l'Indoustan, avons-nous dit, que l'art de la rhinoplastie fut primitivement importé en Europe; mais malgré les succès de Tagliacozzi et des autres rhinoplastes italiens, cette ingénieuse opération, d'abord prônée avec trop d'emphase, ne fut regardée plus tard que comme l'œuvre chimérique d'un cerveau malade, et finit par être ridiculisée et oubliée.

Enfin, depuis plus de deux siècles, la rhinoplastie était reléguée au nombre des contes fabuleux du moyen-âge, lorsqu'en 1800, le docteur Lucas, chirurgien en chef de l'armée anglaise dans l'Inde, s'étant procuré des notions exactes sur les procédés nasifiques, mis en usage par les Indous, en fit l'application avec un succès complet. Les heureux résultats qu'obtint cet opérateur, lui ayant fait pressentir de quelle fécondité cette opération pouvait devenir entre les mains habiles de certains chirurgiens d'Europe, non-seulement pour subvenir à la mutilation du nez, mais encore pour restaurer toute autre partie du corps, comme les lèvres, les paupières, les joues, et quelques autres organes, sur lesquels les opérations ne sont quelquefois impraticables que par l'impossibilité où l'on est de recouvrir aussitôt la plaie, avec une quantité suffisante de peau saine. Il se hâta d'en écrire à ses confrères de Londres. Les premières tentatives y furent infructueuses : ce qui discrédita la rhinoplastie jusqu'en 1813, époque où Lynx, guidé par de meilleurs renseignemens, la réhabilita dans l'opinion

publique, par les heureux résultats qu'il en obtient. Peu de temps après, Sutelisse et Carpue opérèrent, avec un succès complet, quelques nouveaux cas de la rhinoplastie, par le procédé de *Koomas*. Ce dernier, par ses nombreuses relations avec l'Inde, et ses infatigables recherches bibliographiques, ayant rassemblé tous les documens relatifs à la manière de raccoûtrer les nez, tant chez les anciens que chez les modernes, fut le premier chirurgien rhinoplaste dont les heureux succès retentirent dans toute l'Europe médicale. Les deux opérations rhinoplastiques qu'il pratiqua (la première, le 23 octobre 1814, sur un officier anglais, qui, depuis douze ans, avait eu le nez détruit par la siphilis; et la seconde, sur le capitaine Latham qui, à la bataille d'Albuera, en Espagne, voulant sauver son drapeau, eut la moitié du nez emporté d'un coup de sabre que lui asséna un de nos braves), produisirent une telle sensation à Londres, qu'il n'y eut bientôt personne, qui ne fût curieux de voir ces nez raccommodés. Des certificats authentiques et des attestations flatteuses furent donnés au docteur Carpue, qui les a insérés à la fin d'un traité de *restauration nasale*, imprimé à Londres en 1816, et dont notre savant et laborieux confrère, M. Breschet, doit publier incessamment la traduction. L'ouvrage du docteur Carpue a paru, sous le titre suivant : *An acount of two succesful operations for restauring a lost nose etc., London*, 1816.

Deux années plus tard, c'est-à-dire en 1818, Hutchinson, chirurgien de Westminster, réussit cette opération indienne chez une pauvre mère de famille, qui avait eu le nez rongé par la terminaison gangreneuse d'un érysipèle à la face. La hideuse difformité de cette malheureuse femme répugnait tellement à tous ceux qu'elle approchait, qu'elle avait fini par ne plus pouvoir gagner ses moyens d'existence. Un mois après avoir été opérée par la méthode indienne, sa guérison fut complète, ce qui lui permit de reprendre les occupations de son état. Les praticiens les plus distingués de Londres assistèrent à cette intéressante opération, dont le manuel ne fut contrarié que par quelques accidens hémorrhagiques, dont on vint facilement à bout. Une collecte fut faite à l'instant, pour secourir cette malheureuse mère que son infirmité avait plongée dans la plus affreuse misère. Cette générosité est loin de nous surprendre de la part de nos confrères d'outremer : à Londres comme à Paris, une généreuse humanité caractérise très-bien, la plupart des célébrités médicales de l'époque actuelle.

A cette même époque, Graël commença ses premières tentatives à Berlin. Nous en avons déjà parlé, à l'article *Rhinoplastie italienne*, dont elles ne sont qu'une imitation perfectionnée. Peu de temps après, Travers, Lyston, Green, en Angleterre, Dieffenbach et Beck, en Allemagne, contribuèrent aussi à propager la Rhinoplastie.

M. Delpech est le premier chirurgien français, qui ait pratiqué la rhinoplastie indienne. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans un des chapitres précédens, il avait d'abord fait l'essai de la méthode de Tagliacozzi, dont les procédés lui avaient paru très-ingénieux; mais n'ayant pas eu lieu d'en être satisfait, quant aux résultats qu'il en obtint, il fit, en 1820 et les années suivantes, de nouveaux essais, au moyen du procédé des *Koomas*. Ses tentatives, qui ont été assez nombreuses, furent la plupart couronnées d'un heureux succès.

Nous indiquerons aussi en temps et lieu les travaux rhinoplastiques qui ont été entrepris à Marseille, par M. le docteur Mouleau; à Aix, par notre confrère et ami M. Thomain, qu'une mort prématurée a enlevé trop tôt à la science; et à Paris, par MM. Dupuytren, Lisfranc, Blandin, etc.

Quant à mes recherches sur la rhinoplastie, il me sera facile de les rapporter presque en entier, dans l'historique que je vais relater de l'opération que j'ai pratiquée en 1827. Pour que son exposé soit plus méthodique, je le ferai précéder de quelques réflexions préliminaires, qui lui serviront d'introduction.

Dans différens voyages que j'ai faits, soit en Afrique, en Asie ou en Amérique, ayant vu un grand nombre de nez coupés, ou détruits par des ulcères rongeans; cette horrible mutilation a souvent fixé mon attention, et m'a fait éprouver un vif désir d'y remédier d'une manière plus sûre qu'on n'avait pu le faire jusqu'à ce jour. Après m'être exercé un très-grand nombre de fois sur les cadavres, d'heureux essais sur le vivant m'ayant fourni plus tard les moyens de ramener à des principes simples et faciles, tous les différens détails relatifs à ce genre d'opération, j'ai pensé que le moment était arrivé de publier mon travail spécial sur cet objet.

Sans qu'il soit nécessaire de rappeler ici les diverses causes qui peuvent fournir l'occasion de pratiquer la rhinoplastie, il est cependant indispensable de préciser maintenant, les différens degrés de mutilation que peut éprouver le nez, afin de pouvoir indiquer les modifications qu'il convient de faire subir au procédé opératoire qui doit y remédier.

Si par suite de maladies, ou par l'effet d'une action vulnérante, l'ablation totale du nez a lieu, dans d'autres circonstances plus fréquentes, cette partie éprouve une perte de substance bien moins étendue. Ainsi nous avons vu la plupart des rhitnomètes n'être privés que du lobe nasal, d'autres n'avoir perdu que la paroi droite ou gauche de cet organe, ou sa partie dorsale, qui parfois, n'est que disjointe (1), quelques autres enfin n'avoir à regretter que l'une des deux ailes du nez, ou la cloison nasale.

Ces nombreuses mutilations pouvant provenir de causes très-variées, nous ne saurions nous dispenser d'entrer dans quelques détails à cet égard. Les plus communes sont sans contredit celles qui se rapportent à la siphilis, dont les ulcères rongeans anéantissent quelquefois la totalité du nez. Les lésions traumatiques, telles que les coups d'instrumens tranchans, l'action des projectiles lancés par la poudre à canon, les morsures d'animaux, les brûlures et la congélation, ne viennent qu'en seconde ligne. Pour ce qui est de la destruction du nez par suite de gangrène érysipélateuse,

(1) dans le dernier de ces deux cas, qui est très-rare, le nez semble double ou *bifide*, lorsque la difformité est congéniale; il paraît au contraire s'affaisser entièrement par la rétractation de ses tissus divisés, quand cet accident est survenu à la suite d'une lésion traumatique.

charbonneuse, pustuleuse (1), nous la placerons en troisième ligne avec certains ulcères cancéreux, dartreux scrophuleux et autres, dont l'effet destructeur, n'atteint d'ordinaire qu'une partie plus ou moins étendue de cet organe.

Les mutilations du nez résultant d'une lésion traumatique, ou d'une terminaison gangréneuse, sont les cas les plus favorables à l'application de la rhinoplastie, parce qu'on agit sur des tissus sains et qu'on n'a point à craindre l'action d'un virus destructeur, qui vient parfois annuler le succès de l'opération la mieux faite. C'est ce que nous avons observé maintes fois sur des individus qu'on avait eu l'imprudence d'opérer, avant d'avoir obtenu l'entière guérison de la cause du mal auquel on avait voulu remédier.

Nous devons donc établir en principe que, dans mainte circonstance, cette opération n'ayant pour objet que d'obvier à l'effet secondaire d'une maladie, on ne doit l'entreprendre qu'après s'être assuré de la guérison radicale de cette dernière. Resterait encore à savoir si les tégumens du front et ceux qui avoisinent les ouvertures nasales, ne sont point détériorés par des cicatrices trop minces adhérentes aux os, et trop irrégulières, susceptibles de mettre obstacle à l'exécution du procédé opératoire. M. G... de St.-Cannat, en Provence, se trouvant dans un cas semblable, je n'ai pu accéder au désir qu'il éprouvait d'être opéré.

1° Lorsque la perte du nez est complète, que les os, les cartilages et la peau qui le recouvrent ont été enlevés, le cas est très-difficile et nécessite l'emploi de toutes les ressources rhinoplastiques. La méthode la plus convenable dans cette circonstance, la moins difficile pour son exécution est sans contredit celle des *Koomas* qui, comme nous l'avons précédemment indiqué, consiste à déverser la peau du front sur l'emplacement du nez qu'on veut rétablir. Nous verrons plus bas que cette même opération, diversement modifiée suivant l'espèce et le degré de mutilation auquel on veut remédier, peut parfaitement s'appliquer à toutes les variétés de ce genre de difformité. Tel est aussi le procédé rhinoplastique le plus généralement employé en Europe, et celui auquel nous avons cru devoir donner la préférence.

Pierre Lanelongue, natif des environs de Toulouse, âgé de trente-huit ans, et boucher de profession, se rendit en 1823 en Espagne, à la suite de notre armée d'invasion dans laquelle il était employé en qualité de bouvier. Aux environs de Grenade ou de Malaga, l'escorte qui accompagnait le convoi des bestiaux ayant été chargée par les dragons de Ballesteros, Lanelongue prit une part active au combat, où il se distingua par la bravoure dont il fit preuve; mais s'étant malheureusement laissé entraîner par son courage, il se vit bientôt environné par de nombreux ennemis qui le criblèrent de coups de sabre, dont un entre autres pénétrant entre les sourcils, lui abattit la totalité du nez et une petite portion de la lèvre supérieure. Os, chairs et cartilages, tout fut enlevé et lancé à plusieurs pas de distance. La commotion fut si violente, que Lanelongue perdant connaissance, fut renversé de cheval et laissé pour mort sur le champ de bataille.

Transporté à l'embulance, Lanelongue y devient l'objet des soins les plus attentifs, et ne tarda point à guérir de ses blessures. La cicatrisation avait été prompte et de bonne nature; mais pour si bien qu'elle fût dirigée, elle ne pouvait obvier à la difformité affreuse qui devait s'en suivre. Le malheureux Lanelongue, devenu un objet de dégoût pour tous ses camarades, se vit bientôt obligé de quitter le service de l'armée. Il retourna dans son pays, dans l'intention d'y exercer son premier état de boucher; mais à peine arrivé au milieu de ses parens et de ses amis, il vit chacun d'eux s'éloigner de sa personne, et lui témoigner une aversion qui lui rendit ce séjour insupportable. Il s'exila de son pays, chercha ailleurs, mais inutilement, une place de garçon boucher qu'on lui refusait dans la ville natale. L'indemnité pécuniaire que lui avait accordée l'administration de l'armée, ne consistant que dans une somme de quelques centaines de francs, une fois payée, Lanelongue eut bientôt épuisé ces faibles ressources; et finit par tomber dans le dernier état de misère.

Réduit à mendier son pain qu'il ne trouvait plus occasion de gagner honorablement, il parcourut toutes les parties de la France, ne recevant en tous lieux qu'une pitié stérile, ou de faibles secours qu'on ne lui accordait qu'en détournant les yeux. On s'éloignait de lui comme d'un spectacle hideux dont personne ne voulait supporter la vue. Repoussé des ateliers où il allait demander du travail, ce n'était qu'avec une peine infinie qu'il obtenait l'entrée des plus misérables gargottes; enfin ce n'était par même sans danger qu'il s'approchait des fontaines publiques pour s'y désaltérer.

Ne voyant plus de terme à tant de malheurs si peu mérités et dont il ne pouvait accuser que sa fatale destinée, Lanelongue était tombé dans un tel état de désespoir, qu'il voulait mettre fin à ses jours.

Telle était l'affreuse disposition morale dans laquelle il se trouvait, méditant les moyens de se débarrasser d'une existence insupportable, lorsque le 2 octobre 1827, je rencontrai ce malheureux aux environs de la ville d'Aix, en Provence, où j'étais domicilié depuis plusieurs années. Mon premier mouvement fut de tendre une main secourable à cet infortuné, dont le sort était si digne de pitié, je m'informai après de tous les détails relatifs à sa cruelle position. J'eus d'abord toutes les peines du monde à retremper son moral aigri et exaspéré par tant de souffrances. De prime abord il eut peine à comprendre, que ses maux n'étaient point au-dessus des ressources de la chirurgie, et que cet art bienfaisant pouvait terminer tous ses malheurs, en faisant cesser leur cause première. Mon offre désintéressée, et la promesse de le retirer de l'état de misère où je le voyais, parvinrent à lui inspirer de la confiance et le décidèrent à subir l'opération rhinoplastique.

Ayant examiné de nouveau et avec soin le genre et l'étendue de cette difformité, je m'assurai en effet qu'on pou-

(1) Pendant mon séjour en Syrie, j'ai vu un grand nombre de personnes qui avaient perdue une partie du nez par suite du bouton d'Alep, dont la terminaison essentiellement gangreneuse, est suivie d'une longue suppuration qui creuse profondément les tissus,

vait y remédier au moyen de la rhinoplastie indienne, convenablement modifiée d'après la complication du cas grave qui se présentait à mon observation.

Je fis conduire Lanelongue chez moi, où des soins empressés et des témoignages d'affection de la part de tous ceux qui l'environnaient, ne tardèrent point à le rassurer sur mes bonnes intentions. Bientôt son cœur s'ouvrit à l'espérance et son ame, depuis long-temps froissée par l'injustice et le malheur devint accessible au désir de rentrer dans l'ordre social, dont une fatalité désolante l'avait expulsé depuis cinq années.

Lanelongue me demandait sans cesse des notions détaillées sur la Rhinoplastie; il en raisonnait très-bien toutes les particularités et avait fini par saisir avec beaucoup de précision, le manuel opératoire que je devais mettre en œuvre pour lui refaire un nez. Enfin l'espoir d'une prochaine guérison finit par agir si puissamment sur ce malheureux, qu'il en vint au point de me prier instamment de l'opérer quelques jours plutôt que je ne l'avais projeté.

(*La suite de cette observation au N° prochain.*)

BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE,

PUBLIÉE A GENÈVE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

AVRIL. — MAI.

DU SOUFRE,

Par le Dr HARTLAUB (*Ann. hom. Klin.*, 3e *B.*, *p.* 253);

AVEC DES REMARQUES DU Dr PESCHIER.

—

Le soufre est une substance d'une si grande importance en homœopathie, j'en ai déjà éprouvé de si brillans et si heureux effets, que je crois rendre un service éminent à mes honorables confrères en faisant passer dans notre langue le morceau suivant du célèbre HARTLAUB sur ce remède, quoiqu'il ne soit que la première partie du travail que promet cet habile praticien. Je chercherai à le compléter en y joignant quelques faits de ma pratique, et les remarques qu'ils ont produites en moi ou dont ils ont été la conséquence. L'homœopathie est une science tout empirique, expérimentale; ce n'est qu'en répétant et classant les observations, qu'on lui fera atteindre le point de perfection désirable; les bons observateurs sont appelés, par la communication de leurs succès ou de leurs insuccès, à travailler à l'édifice médical destiné à remplacer tous les autres.

—

Avant que HAHNEMANN eût publié sa doctrine des maladies chroniques, les vrais homœopathes avaient soupçonné l'importance du *soufre* dans cette catégorie de maladies qui résistent opiniâtrément à tous les autres remèdes. Ils y avaient été conduits par l'examen des nombreux symptômes que produit cette substance, et peut-être aussi par une idée obscure de l'existence d'un virus ou principe d'éruption comme base ou comme cause de ces maladies. Mais, depuis que HAHNEMANN a représenté la psore comme fondement de la plupart des affections chroniques, et nous a guidés dans l'emploi des antipsoriques pour obtenir leur guérison, le *soufre* a commencé à jouer un rôle bien autrement important; et cela à bien juste droit. Rappelons, en effet, que dans le tableau des symptômes du *soufre*, on retrouve la plupart de ceux des autres antipsoriques connus; en sorte qu'on pourrait presque qualifier le *soufre* d'antipsorique universel. Et, dans un certain sens, il l'est bien réellement. Je dois pourtant avouer que je ne suis pas encore parvenu à poser des limites bien tranchées entre les antipsoriques, ou à comprendre où elles sont; personne jusqu'ici ne les a découvertes, et j'ai de la peine à croire qu'il y en ait réellement dans la nature d'aussi exactement dessinées que dans la tête de certains homœopathes. La nature se plaît à établir partout des transitions successives, et elle peut bien avoir donné à certains principes médicaux la puissance de détruire la psore dans des degrés différens, en sorte que les uns la possèdent un peu, d'autres davantage, d'autres enfin la manifestent dans certaines circonstances seulement; peut-être même n'existe-t-il pas un remède qui en soit totalement privé. Nous guérissons souvent des affections morbides, chez des sujets dans lesquels il est impossible de méconnaître l'action de la psore, très vite et très sûrement, avec des remèdes qui n'ont pas encore été portés sur le catalogue des antipsoriques. Il est vrai que ces guérisons ne sont pas toujours de longue durée, c'est-à-dire que le sujet n'est pas préservé à jamais du retour du mal qui a été écarté, non plus que de l'explosion d'autres maux qui portent des traces évidentes de psore. Mais on voit semblable retour avoir lieu, même après l'usage des antipsoriques, ce qui indique que tel remède a dompté l'éruption de la psore, mais non la psore elle-même; encore moins qu'il l'a totalement anéantie, détruite. Je n'en veux pas conclure que ce dernier point soit impossible à atteindre; mais la rencontre d'une foule de choses dans la vie, le rend au moins très difficile. Je mets en tête le défaut de constance des malades qui, communément, se regardent comme guéris pour toujours dès qu'ils sont délivrés des douleurs ou des maux qu'ils ont éprouvés jusqu'au moment où on leur a administré les remèdes curatifs, ou même dès que l'intensité seule de ces maux a été diminuée. Je compte ensuite la difficulté qu'apportent les rapports si mul-

tipliés de la vie sociale, à maintenir éloignées du corps vivant toutes les influences préjudiciables. En troisième lieu, l'usage et l'abus antérieur de remèdes donnés à grandes doses. Enfin, dans beaucoup de cas, la brièveté même de la vie, sans énumérer plusieurs autres circonstances.

Je suis persuadé que l'homme chez lequel la psore s'est une fois développée pendant un certain temps, lors même qu'il a été *guéri* dans le sens ordinaire de ce mot, ne peut retrouver une santé durable qu'en répétant, pendant une année entière et à des intervalles déterminés, l'usage des antipsoriques. Et je proposerais, pour règle d'un tel traitement, où l'on a affaire non à une maladie proprement dite et aux symptômes qui la dénotent, mais seulement aux germes d'une maladie qui n'a pas encore éclaté, qu'on prît les principaux indices de celle dont a souffert antérieurement le sujet pour fil conducteur de la médication. De cette manière, on irait, à mon avis, au devant du retour des éruptions psoriques, et l'on viendrait à bout de déraciner complètement la psore dans les cas les plus favorables, et, dans les autres, d'en diminuer tellement l'influence, qu'on n'aurait plus rien ou presque plus rien à en redouter.

Je sais très bien que ce ne sont là que des vœux qui seront rarement accomplis, parce que le plus souvent c'est la bonne volonté qui manque pour terminer un traitement. Néanmoins, lors même qu'on ne viendrait pas à bout de déraciner complètement la psore dans un homme, mais, comme cela arrive à l'ordinaire, qu'on ne ferait qu'éloigner pour un temps les maux dont elle est la source, on aurait infiniment gagné pour le bonheur des hommes, et l'homœopathie s'élève déjà d'autant, par dessus les autres méthodes de guérir, qu'elle le peut et qu'elle le fait.

Après cette digression, et pour en revenir à notre objet, quelle que soit la limite qui sépare les antipsoriques et les non-antipsoriques, il est certain qu'il se présente des cas de maladie qui réclament pour leur guérison l'un ou l'autre des remèdes qui ont été jusqu'ici connus sous le nom d'antipsoriques; et que, d'un autre côté, il en est qui, quoiqu'ils paraissent offrir l'indication de remèdes non-antipsoriques, réclament le *soufre*, et sont guéris par lui sans aucun autre moyen. Je me suis tourmenté avec mainte maladie, jusqu'à ce que j'aie eu donné le *soufre*, dont une guérison prompte a été la suite; cela m'est arrivé avec les adultes et avec les enfans; ces cas me paraissent avoir offert les premières pousses d'une psore en pleine germination. Si cette parasite a déjà pris de fortes racines et s'est déjà ramifiée dans tout l'organisme, il est rare que le *soufre* suffise seul, quoiqu'il soit de la plus grande utilité de l'intercaler quelquefois parmi d'autres substances.

Il est surprenant et difficile à expliquer que, lorsqu'on administre une seconde dose de *soufre*, soit qu'elle suive immédiatement la première, ou qu'elle soit donnée après un autre remède, et toujours au bout d'un espace de temps convenable, que cette seconde dose, dis-je, ne produise point, au même degré, les bons effets qu'on a observés à la suite de la première; et il n'est pas moins remarquable que celle-ci opère quelquefois, après les deux ou trois premiers jours, une amélioration très sensible, laquelle ne dure guère, et qu'on cherche vainement, pendant le cours de la médication, à retrouver, ou par une seconde dose de *soufre*, ou par quelque autre remède. Je n'ai réellement rencontré ce phénomène que chez les malades qui, dès le commencement, donnaient peu d'espoir de guérison.

Depuis que Hahnemann a publié la préparation des antipsoriques, nous employons le *soufre* sous deux formes, l'alcool soufré (*spir. sulf.*) ou *teinture de soufre*, ou le *soufre* trituré sec. Je ne veux parler ici ni du *foie du soufre*, ni du *sulfure d'antimoine*. Je déclare que je n'ai point encore pu saisir la différence essentielle des deux premières préparations; l'une et l'autre sont du *soufre* et doivent agir en conséquence de sa présence. La différence d'action ne consiste peut-être que dans l'intensité et dans la durée. Je crois avoir reconnu avec certitude que le *spir. sulf.* est plus énergique et plus pénétrant, et que sa force parcourt mieux et plus promptement tout le corps, que ne le fait le *soufre* trituré; je l'ai surtout employé dans les cas où j'avais affaire à une psore développée; quant au *soufre* sec, je l'ai particulièrement appliqué aux maladies de peu d'importance et d'un cours rapide.

Avec l'un et l'autre j'ai obtenu des guérisons. Il serait à désirer qu'on recherchât avec soin et qu'on exposât nettement la différence d'action qui existe entre ces deux préparations : jusque là on n'aura aucun point assuré pour se déterminer à choisir l'une de préférence à l'autre. J'ai le plus souvent employé exclusivement le *spir. sulf.* non atténué, à la dose d'un granule, rarement de deux. Deux fois seulement, je me suis servi de la 30e atténuation, et je crois lui avoir reconnu beaucoup plus d'énergie qu'à la première; c'est pourquoi, je l'avoue, j'ai eu une certaine peur de l'employer davantage. J'aurai soin, dans la suite de ce mémoire, d'indiquer la préparation et la dose que j'ai employées.

Je ne regarde pas comme absolument nécessaire que l'on commence le traitement d'une maladie chronique par le *soufre*; quelquefois, en le donnant ainsi, j'en ai retiré de grands avantages visibles, quelquefois point du tout; quelquefois la guérison n'a point laissé voir de progrès, lorsque j'avais commencé par un autre antipsorique, avant que j'eusse intercalé une dose de *soufre*. Les succès les plus favorables se sont toujours montrés lorsque la maladie n'était pas très ancienne, que le sujet n'avait pas beaucoup souffert d'autres maladies, et qu'il ne lui avait été administré qu'un petit nombre de remèdes allopathiques, ou que des remèdes peu énergiques. L'usage allopathique préalable du *soufre* ne m'a jamais empêché de le donner homœopathiquement, lorsque je le jugeais indiqué; car, même alors, j'en ai remarqué de très bons effets, quoiqu'ils fussent moins notables et durables que si le malade n'eût pas encore reçu cette substance. D'autres homœopathes ont, ainsi que moi, fait la même expérience avec d'autres remèdes, par exemple, le *mercure* dans la syphilis. L'on aurait incontestablement des succès bien plus fréquens avec le *soufre* homœopathique, si les allopathes ne l'employaient pas si souvent et si hors de propos. — Je ne comprends point pourquoi, dans le cours d'une médication antipsorique, après avoir donné le *spir. sulf.*, il faudrait recourir au *soufre* trituré et atténué dans l'esprit-de-vin, pour l'administrer une seconde fois, ainsi que le veut HAHNEMANN dans le premier volume de ses *Maladies chroniques*.

Outre les précieuses indications de HAHNEMANN pour l'emploi du *soufre*, nous en possédons quelques-unes données par RUCKERT (voy. *Archiv.* X. 2. p. 105), qui les circonscrit aux maladies qui se lient avec les affections de la peau. Il incombe à tout homœopathe d'étendre autant que possible la sphère d'activité de ce remède (ainsi que des autres antipsoriques), qui joue un rôle si important parmi les antipsoriques, en multipliant les expériences médicales. Je vais donner ici ce que l'observation m'a appris, quoique ce ne soit pas encore grand' chose, et que ce soit loin d'épuiser le sujet.

J'ai trouvé le *soufre* éminemment utile dans certains états de fièvre, qui surviennent notamment chez les enfans, tantôt avec le type continu rémittent, tantôt sous forme de fièvre lente, et qui sont liés avec des affections très variées. Je pourrais qualifier ces fièvres de *psoriques*, parce qu'elles bravent tout autre remède, qu'elles réclament le *soufre*, et qu'elles se montrent, par son influence, sous la forme d'une psore aiguë.

Je vais donner l'observation détaillée de quelques-uns des cas les plus surprenans; je raconterai en peu de mots ceux où la maladie s'est montrée plus simple.

Un enfant de 6 ans, d'une constitution délicate, qui n'avait point encore eu d'éruption, mais qui était sujet à l'épistaxis et aux congestions fébriles de la tête (lesquelles avaient été très promptement réprimées par l'*aconit*), fut saisi, au mois d'avril de cette année, d'une maladie très semblable à ses anciennes affections de la tête. J'avais été toujours autrefois le médecin de la maison, et l'enfant avait été traité homœopathiquement dans les cas qui s'étaient offerts; mais cette fois les parens s'adressèrent à un médecin allopathe, qui appliqua des sangsues aux tempes et prescrivit une potion nitrée. L'état de l'enfant, loin de s'améliorer, empira, et les parens revinrent à l'homœopathie et à moi. Il ne fallut pas moins que les prières et les larmes d'une mère qui ne possédait que cet enfant, pour m'engager à reprendre un traitement commencé de la sorte, et à y appliquer mes principes; car tout traitement allopathique préalable, et surtout les évacuations sanguines dans les inflammations, augmentent beaucoup les difficultés pour un homœopathe. Ce fut ici le cas; dès le début, une ou deux doses d'*aconit* eussent très probablement abrégé la maladie, ou l'eussent peut-être terminée; maintenant l'*aconit* était inutile. La maladie, après plusieurs jours de faiblesse et de défaut d'appétit, se montrait sous la forme d'un petit frisson suivi de chaleur, qui durait depuis cinq jours avec très peu de rémission; le pouls était fréquent, dur; la face rouge; les yeux étaient éteints; les paupières mi-closes; le décubitus était constant, avec assoupissement et apathie, quoique sans sommeil proprement dit; l'appétit nul; l'urine rouge, rare, trouble; les selles étaient retardées; le nez était sec et la soif très-grande.

Si la chaleur quittait le malade pendant une demi-heure seulement, il se levait, mais il était incapable de se tenir sur ses jambes; pendant ces courtes rémissions, il était quinteux et morose au suprême degré. Le troisième jour, après l'apparition de la fièvre, une éruption érysipélateuse s'était manifestée sur la joue gauche, entre l'œil et la tempe; elle était d'un rouge pâle, accompagnée de prurit et de gonflement de la peau; elle augmentait et diminuait, mais ne disparaissait jamais totalement; elle persista pendant tout le cours de la maladie, attaqua surtout les paupières, tout le côté gauche de la face, le nez, l'oreille et une assez grande étendue derrière celle-ci, s'étendit même sur le front jusqu'au-delà de la ligne médiane, mais n'atteignit aucune autre portion du côté droit de la face, et se termina par la desquammation. Cet érysipèle ne suivit aucune règle dans sa diminution et son exacerbation alternatives; cependant il augmentait quelquefois pendant l'exacerbation de la fièvre, sans croître proportionnellement à l'intensité de celle-ci, et d'autres fois la fièvre n'était point suivie d'une aggravation de l'érysipèle.

Je donnai à l'enfant, par intervalles convenables, *acon.*, *bellad.*, *rhus*, *nux*, *opium*, sans succès prononcé; pourtant après les deux premières doses d'*aconit*, il survint la nuit un sommeil rafraîchissant, qui dura presque sans interruption; après la *belladone*, la tête fut plus libre pendant un court espace de temps, et l'enfant se montra plus gai; les selles aussi furent plus régulières; mais ces légers changemens laissèrent intacte la maladie principale. La fièvre, pendant l'emploi de ces moyens, avait cessé d'être continue; elle était chaque jour irrégulière, tantôt avançant, tantôt retardant; elle commençait par le froid des mains, qui était suivi d'une chaleur générale, avec transpiration des avant-bras et soif; le reste de la peau était et demeurait toujours sec, presque semblable à du cuir; cette partie, pendant la convalescence, tomba en lambeaux d'épiderme. Toutes les autres circonstances persistèrent dans l'état ci-dessus décrit. L'enfant était fort amaigri et déchu.

Alors je donnai *sphir. sulph.* 0°, résolus d'attendre s'il s'ensuivrait tôt ou tard une guérison. La suite prouva que je faisais bien; au 2e jour, la fièvre et tout l'appareil morbide restèrent intacts; le 3e jour, la fièvre baissa et tout l'ensemble du malade s'améliora; au 4e, tout reparut comme avant le *soufre;* mais le 5e, tout alla étonnamment bien. Dès ce moment, la guérison marcha à pas de géant; depuis le 6e jour, la fièvre quitta pour toujours, l'érysipèle diminua beaucoup et disparut bientôt après; l'enfant put se tenir sur ses jambes, et ne tarda pas à marcher tout seul; l'urine devint claire et jaune; en un mot, huit jours après l'administration du *soufre*, l'enfant fut guéri.

Le plus surprenant fut le changement d'humeur qui se montra depuis le 6e jour; tout capricc fut comme enlevé par enchantement, et l'enfant fut sans interruption gai, amical, et toujours prêt à jouer.

Il est incontestable que la disposition de l'esprit est de la plus haute importance pour le diagnostic de l'état de santé des enfans, surtout de ceux qui ne peuvent point encore parler. Un enfant cesse-t-il de rire, devient-il morose, pleureur, ne se laisse-t-il émouvoir ni par les paroles, ni par l'attrait des jouets qui sont à sa portée, il est certainement malade. En sens inverse, dès que je vois le rire reparaître chez un enfant malade, c'est pour moi un signe certain d'amélioration, même dans les cas les plus dangereux.

Voici un autre cas où j'ai employé *spir. sulph.* 0° avec autant de succès, quoiqu'avec moins de promptitude; cette fois, aucun autre moyen n'avait précédé son usage.

Un enfant de 6 ans, qui n'avait encore eu ni éruption, ni maladie grave, s'alita vers la fin de l'année dernière pendant six semaines; il n'y eut pas moyen de savoir précisément de quelle nature était l'affection dont il avait souffert; j'appris seulement que le siége du mal était dans la poitrine, qu'il avait toussé de temps en temps, avait eu quelque accès de fièvre, et que ses lèvres avaient grossi et enflé. Pendant cette maladie, il avait beaucoup diminué. Il est probable qu'un état inflammatoire s'était manifesté dans les poumons. C'est par centaines et par milliers que l'allopathie livre à l'homœopathie des enfans chez lesquels un état inflammatoire des poumons méconnu, mal traité, ou traité par des antiphlogistiques énergiques, est devenu la source d'une affection chronique qui fait périr les enfans d'asthme, de suppuration ou de phthisie pulmonaire. Il y a dans ces divers états de maladie un moment auquel il est encore temps d'apporter remède, et c'est alors le *soufre* qui est souverainement utile. Si ce moment est passé, si la fièvre hectique est complètement développée, si les forces sont épuisées, si la maigreur est extrême, la peau flétrie et sèche, la toux constante, alors le *soufre* ne sert plus à rien, et tout remède est devenu inutile, du moins dans la plupart des cas. Mais il n'arrivera que très rarement (sauf par un conflit de circonstances fâcheuses), lorsque les enfans auront été sains auparavant, qu'un traitement homœopathique appliqué à une inflammation des voies aériennes laisse se former de pareilles affections secondaires. L'emploi opportun de quelques doses d'*aconit* suivi de *bryon*, et, si celle-ci n'est pas suffisante, de *spir. sulph.*, préservera toujours le malade.

En commençant, le 15 janvier, le traitement de l'enfant sus-indiqué, j'appris que depuis sa dernière maladie il ne s'était jamais parfaitement rétabli, et que, depuis 12 jours, les maux avaient reparu d'une manière surprenante. Il avait une toux sèche, fréquente, par accès courts; en dormant, sa respiration était précipitée, et une forte transpiration couvrait tout son corps, en particulier, sa tête; son nez était rouge, souvent gonflé; la lèvre supérieure, comme dans les scrofules, était épaissie; le visage pâle et tuméfié; les chairs flasques et flétries; les forces nulles, en sorte que l'enfant se refusait à marcher et qu'il avait le grand air en horreur; l'appétit était faible; les selles normales; l'urine tantôt claire, tantôt trouble et sédimenteuse; chaque après-midi, une chaleur forte se manifestait par places, les mains et le front devenaient brûlans, et les deux joues, ou seulement une, se couvraient d'une rougeur circonscrite, tandis que l'enfant restait couché pendant environ deux heures; il était d'ailleurs grondeur, triste, sombre, et il fuyait le jeu. — En 10 ou 12 jours, tous ces symptômes disparurent sous l'influence du *soufre*.

Un autre enfant de 6 ans, chez lequel sa santé précédente n'avait montré aucune trace de psore, tomba malade subitement le 25 mai 1831, vomit plusieurs fois des matières vertes, des liquides amers, prit de la chaleur et de la soif, ressentit une douleur dans le côté gauche de la poitrine, sur lequel il ne put plus se coucher, prit une respiration courte, un pouls précipité sans être dur, et passa la nuit suivante sans dormir, agité et dans le délire. Après une dose d'*aconit*, ces symptômes se répétèrent le 26 et pendant la nuit, où l'enfant délira, eut des éclats de rire, et chercha à sortir de son lit. Le lendemain matin, survint une douleur brûlante dans le ventre, et je trouvai l'abdomen très sensible au toucher; la toux s'était développée, et le malade avait un peu craché de sang. Tous ces symptômes durèrent encore 5 jours, et quelques autres douleurs se manifestèrent, qui allaient et venaient, et acquéraient de la violence tantôt ici, tantôt là, en particulier au bas-ventre, à l'épigastre, dans les muscles gauches du col et sous la clavicule gauche, où le moindre attouchement était insupportable; enfin le corps entier acquit une sensibilité douloureuse générale. La chaleur devint constante avec exacerbation le soir. Le malade ne mangeait presque plus rien, était totalement découragé, se plaignait et se lamentait sans cesse, et n'était tranquille que dans les rémissions; il ne dormait qu'un peu après minuit, s'amaigrissait visiblement, et devenait si faible, que, même dans les premiers jours de la convalescence, il ne put pas marcher. L'affection pulmonaire n'éprouvait aucun changement, et, le 27, un caillot de sang comme un pois, fut rejeté par la toux. Les crachats étaient rares, et ne furent que peu de temps teints de jaune comme par de la bile pure; les selles furent interrompues, ce qui ne surprit pas, puisque l'enfant n'avait rien mangé; l'urine resta claire et jaune, et ne déposa qu'une seule fois, le 28. *Bry.*, *bell.*, *arn. acon.* n'amenèrent aucun changement essentiel.

Au 1er juin, je donnai *spir. sulph.* 0°, et d'heure en heure on vit tous les symptômes diminuer, ils avaient disparu le 4, et il ne restait qu'un peu de faiblesse, laquelle n'exigea aucun remède pour disparaître elle-même; ce fut l'affaire seule du temps.

Le cas suivant appartient à la catégorie nombreuse de ceux pour lesquels on a peine à trouver un nom; mais quant à la connexion partieulière des symptômes pathologiques qu'il offrit, il est des plus rares. — Une femme de forte corpulence, bien réglée, âgée de 41 ans, qui avait toujours été constipée, et avait éprouvé des démangeaisons à la peau, mais qui, à cela près, se portait très bien depuis longtemps, ressentit subitement des élancemens dans les tempes, le 29 octobre 1831, après avoir mangé la veille beaucoup de viande grasse; elle était dans ce moment assise, et faisait gaiement la conversation; elle poussa un cri, et laissa, sans connaissance, tomber sa tête sur le côté droit; le corps resta raide quelques minutes, puis la connaissance revint, et la malade vomit à plusieurs reprises une quantité de mucosités acides. Elle se plaignit d'abord d'une constriction douloureuse aux tempes et quelquefois à l'occiput. La nuit suivante, le vomissement se répéta trois fois. — Je ne citerai que la *bell.* que j'employai d'abord, et passerai sous silence les autres remèdes que je donnai vainement, en suivant l'indication des symptômes; mais je vais décrire ceux-ci suivant l'ordre de leur apparition.

Dans les premiers jours, quelques mouvemens irréguliers de fièvre; rougeur, chaleur; pouls vite, plein; soif modérée; agitation, angoisse, besoin de se mouvoir d'un côté et de l'autre, particulièrement dans les bras; ce besoin ne se liait pas avec le degré de fièvre, et il reparut surtout lorsque la fièvre ne se montrait plus. Le sommeil en fut détruit dans la première moitié de la maladie, où elle prit le type tierce. — Au 5e jour, douleur violente au coccyx;

qui gagne le côté externe de la cuisse droite, et se fixe près du grand trochanter, qui, ainsi que le coccyx, devient très sensible au toucher, sans gonflement ni rougeur, en sorte que la malade ne pouvait, couchée ou assise, se tenir que sur un coussin annulaire, et, lorsqu'elle avait été longtemps assise, se redresser sans les plus grandes douleurs. Plus tard, ce symptôme ne se fit apercevoir que par le mouvement ou lorsque la malade reposait sur la partie affectée. D'autres fois c'étaient des élancemens douloureux, qui se faisaient sentir dans le coccyx, et correspondaient à une sensation pareille dans la tempe droite; à cela près, la tête était le plus souvent libre, quoique la malade se plaignît d'étourdissemens périodiques et de douleur avec faiblesse dans le front. L'appétit était presque toujours bon; la constipation semblable à celle de l'état sain, et durait 4 ou 5 jours. Cet état dura jusqu'au 17 novembre, où la malade, après être restée 7 jours sans avoir de selle, eut une attaque pareille à celle par laquelle la maladie avait débuté. Il est vrai, qu'impatiente de ne point aller du ventre, elle avait pris, sans mon autorisation, une demi-once de sel d'epsom. Quelques heures après, sentant le besoin d'évacuer, et voulant se lever, elle sentit subitement de violens élancemens dans le côté droit de la tête et perdit connaissance, tandis que la face devint d'un rouge foncé, que la bouche se tordit et que l'écume en sortit. Au bout d'une minute, la malade se reprit, et eut une selle très abondante. Il s'ensuivit un grand épuisement. De ce moment jusqu'à la guérison, aux symptômes décrits s'ajouta un engourdissement du pouce gauche, et une difficulté de prononcer, dans la conversation, tel ou tel mot distinctement, sans que la malade s'en aperçût.

Le 3 décembre, je donnai *spir. sulph.* 0°, et je crois pouvoir avec certitude lui attribuer la guérison; 4 ou 5 jours après tout alla mieux, les selles se régularisèrent, et 10 ou 12 jours après l'emploi du *soufre* la guérison fut parfaite.

C'est pour moi une certitude complète que, dans ce cas et tout autre pareil; il est absolument nécessaire d'attendre longtemps l'action du *soufre;* elle ne s'est jamais manifestée à mes yeux avant le 4e ou 5e jour. Je ne dois pourtant pas omettre que, dans le dernier cas, j'avais donné *spir. sulph.* 0000, le 14 novembre, 3 jours avant la dernière attaque d'apoplexie; cette dose était peut-être trop forte; mais son action a dû être anéantie par l'arrivée du *sel d'epsom.*

Ici se termine la première partie du travail de l'auteur; la seconde n'a point encore paru; je vais maintenant mettre sous les yeux des lecteurs quelques-uns, choisis sur un grand nombre, des cas qui me sont propres, accompagnés de quelques réflexions.

Gale. — Comme il n'y a pas de maladie qui résume mieux l'idée de *psore* que la *gale* proprement dite, c'est contre elle que j'ai dirigé le plus souvent l'emploi du *soufre;* cependant, je dois l'avouer, ce n'est pas dans cette affection que j'ai eu le plus à m'en louer comme moyen guérissant; le traitement de la gale par le *soufre* seul, est extrêmement long, et fatigue le plus souvent la patience des malades, habitués qu'ils sont à croire qu'on peut et qu'on doit guérir la gale en quelques jours seulement; il est vrai que, dans ce court espace de temps, les allopathes font disparaître les boutons au moyen de frictions avec *l'onguent soufré* ou le *citrin*, qu'on sait être un mélange de graisse et de mercure dissous dans l'acide nitrique, ou bien encore avec des bains dans l'eau chargée de foie de soufre alcalin, médication plus lente, mais moins dangereuse que les premières. Mais, faire disparaître la gale, est-ce la guérir? N'est-ce pas plutôt cacher la maladie, et disposer le patient, le malade, à courir les chances les plus graves pour l'avenir? Et si la gale simple résiste si opiniâtrément à l'emploi du *soufre* seul, cela ne vient-il point de ce que rarement elle est inoculée, communiquée par contact à un individu qui en était préalablement tout-à-fait exempt? Dans ce cas, que je crois très fréquent, le *soufre* se trouve chargé à la fois de faire reparaître la maladie dissimulée, et d'attaquer la maladie récente, double rôle qui exige beaucoup de temps pour être convenablement rempli. On voit par là que la *gale* est rarement *simple,* et cette circonstance justifie la nécessité où est l'homœopathe d'employer successivement plusieurs antipsoriques et même plusieurs polychrestes avant de parvenir à détruire l'infection et à guérir le sujet infecté. Je n'ai point encore pu faire des expériences assez répétées pour avoir établi un traitement sûr à cet égard; il faudra probablement, pour y parvenir, la réunion des efforts et la combinaison des procédés de plusieurs homœopathes; j'appelle sur ce sujet leur plus sérieuse attention.

Dartres. — J'ai été jusqu'à ce jour plus heureux avec les dartres; sans doute elles sont plus ou moins rebelles au traitement; néanmoins, le *soufre* seul m'a réussi admirablement dans bien des cas; je vais en citer quelques-uns.

Le sieur C...n, garçon brasseur, âgé de 26 ans, me fut amené en avril 1832, par une personne qui, traitée depuis plusieurs années par un allopathe, au moyen des saignées et des sangsues, à l'occasion de douleurs de tête intenses, avec éruption de rougeurs au front et à la face, avait été soulagée par l'homœopathie, au point de se croire guérie; le moyen que j'avais employé avec tant de succès était le *soufre.* C...n donc arriva chez moi la figure couverte de bandeaux qui ne permettaient de voir que ses yeux et son nez; ces voiles cachaient une effroyable *dartre mentagre* qui s'étendait d'une oreille à l'autre, et qui rendait le sujet hideux à ses propres yeux. Une première dose de *soufre* le mit en état, au bout d'environ 15 jours, d'enlever un des bandeaux; une seconde dose, administrée le 16 mai, lui permit de se contenter de porter sa cravate un peu haute; une troisième, donnée en juin, fit complètement disparaître toute trace de la maladie, ensorte qu'une quatrième dose fut inutile; en fin de juin, la peau de la figure de C...n était nette sur toute sa surface, et il était impossible de distinguer sur quel point elle avait été altérée. J'ai fait voir C...n à plusieurs personnes qui pouvaient à peine croire qu'il eût été malade; quant à lui-même, il s'était attendu à un traitement de plusieurs mois, et il fut bien surpris d'en être quitte pour quelques semaines. Et ici on ne saurait justement alléguer que probablement le régime a fait autant et plus que le remède; l'état de brasseur qu'exerce C...n l'empêchait de se mettre à une diète tant soit peu sévère,

et sa condition d'ouvrier l'obligeait à se nourrir de ce qui était mis sur la table du maître ; c'est donc bien réellement et uniquement au *soufre* qu'il est redevable de sa guérison, qui ne s'est probablement pas démentie, car pour C...n, je ne l'ai plus revu.

Mlle M. R. vint à peu près dans le même temps me consulter pour une *dartre furfuracée* qu'elle portait à la joue gauche depuis un temps un peu long. Je lui administrai le *soufre* seul, et en peu de semaines la dartre disparut complètement.

Mme G. L. portait sur le poignet droit une dartre boutonneuse très volumineuse, qui la forçait à recouvrir et à cacher cette partie ; cette maladie existait depuis fort longtemps ; elle a cédé, quoique difficilement, à l'emploi du *soufre ;* le lieu malade est resté développé, gonflé, mais les boutons ont disparu ; toutefois, je continue le traitement.

Mme G. D. portait aussi sur l'avant-bras et le poignet une dartre boutonneuse sèche, qui lui causait beaucoup de démangeaisons, et qui était accompagnée de boutons discrets sur les bras et d'autres parties du corps ; cette maladie existait depuis plusieurs années ; elle était probablement héréditaire, car la mère, déjà âgée, de cette dame, avait de temps à autre de graves érysipèles aux jambes, des blépharophthalmies et des catarrhes de poitrine, toutes affections évidemment psoriques. D'un autre côté, la fille de Mme G. D., âgée de 16 ans, avait aussi la face parsemée de boutons ; tandis que son fils était sujet à de très violens et très fréquens maux de ventre.

Le *soufre* seul a été administré aux deux dames ; la mère a été complètement délivrée de ses démangeaisons, et de sa dartre dont il ne reste d'autre trace que quelques taches sans élévation à la peau. Quant à la fille, son état s'est fort amélioré, mais elle a cessé son traitement avant la fin, pour se soustraire aux exigences du régime.

Mme W. avait, depuis son enfance, une dartre aux lèvres qui s'étendait assez au loin, et lui causait beaucoup d'inquiétude et de démangeaison. Mais ce qui rendait son état plus grave et plus pénible, c'est que, sans cause évidemment appréciable, la malade tombait de temps en temps dans une mélancolie toute voisine de l'aliénation mentale, dont elle avait la conscience, ce qui la rendait très malheureuse. Quand j'étais allopathe, je l'avais traitée dans une de ses mélancolies ; devenu homœopathe, il me fut bien facile d'en discerner et d'en attaquer la cause. Le *soufre* me servit à merveille ; dès les premières doses, Mme W. sentit son mal, c'est-à-dire sa dartre, redoubler d'ardeur et d'activité ; une chaleur âcre se répandit sur ses lèvres, qui devinrent, ainsi que la bouche, très chaudes ; mais au bout de quelques jours, cette espèce de paroxisme passa, pour reparaître à chaque nouvelle dose administrée, lorsque l'effet de la première me paraissait terminé. L'état des lèvres s'est considérablement amendé ; mais ce qui a été plus précieux pour la malade, c'est qu'elle a senti une sorte de fraîcheur et de calme se répandre dans son cerveau, en sorte qu'elle est devenue tout-à-fait maîtresse de ses idées, quoique des chagrins répétés l'aient exposée à perdre de nouveau momentanément la raison, si la cause morbifique citée avait encore existé dans sa force primitive.

J'aurais bien d'autres cas de dartres à citer ; mais ceux-ci me paraissent suffisans pour démontrer l'efficacité du remède dont je m'occupe.

Ophthalmie et blépharophthalmie. — J'ai dû au *soufre* seul un grand nombre de guérisons de ces deux maladies, lorsque je les ai soupçonnées être de nature psorique ; et elles le sont le plus souvent, si ce n'est toujours.

Le jeune M. P. était atteint d'une ophthalmie aiguë, qui lui rendait la lumière insupportable ; remarquant que cet enfant avait les lèvres très gonflées, et portait ainsi le cachet du psorisme scrofuleux, je n'hésitai pas à lui donner le *soufre ;* au bout de 10 jours l'amélioration était remarquable ; comme l'enfant s'ennuyait de son oisiveté, je lui administrai une dose de *belladone*, laquelle hâta beaucoup l'amendement, mais ne rendit pas inutile le *soufre* que je répétai lorsque la première dose eut produit tout son effet ; l'enfant a été parfaitement guéri.

La petite Martin me fut présentée, le 8 mai 1832, avec une ophthalmie grave, et un ulcère psorico-scrofuleux à la lèvre ; je lui donnai le *soufre ;* le 15 mai elle était beaucoup mieux ; le 25 je ne jugeai pas nécessaire de lui rien donner, et depuis je ne l'ai pas revue.

Le 1er mai, je fus appelé à voir l'enfant Mange, atteint de blépharophthalmie et de croûtes à la face ; le *soufre*, en quinze jours, nettoya cette figure et rendit la sérénité au petit malade qui, auparavant, ne faisait que pleurer et se cacher, dans la crainte de la lumière. Un de ses frères aînés fut traité avec le même succès, pour la même maladie.

Le 23 avril, on m'apporta l'enfant Charbonnier, qui ne pouvait supporter le jour, avait les paupières très rouges, et portait des boutons rouges sur la face. Après une dose de *bell.*, je lui administrai *sulph.*, dont je continuai l'usage un peu longtemps, parce que la maladie était évidemment héréditaire ; quelques boutons ont résisté au remède, mais les paupières sont en assez bon état, et l'enfant se livre gaîment à tous les exercices de son âge.

Rougeur et croûtes des narines et du nez. — J'ai traité avec succès plusieurs jeunes personnes atteintes de cette incommodité. Je l'avais regardée comme un symptôme évident de *psorisme*, et l'emploi du *soufre* a justifié cette opinion ; il a réussi seul toutes les fois que la personne ne se plaignait d'aucun autre dérangement de santé ; lorsqu'il existait conjointement quelque désordre dans les fonctions de l'estomac, j'y ai fait succéder *calcarea* avec les plus heureux résultats pour l'une et l'autre infirmité.

Rougeur excessive et fendillement des lèvres. — On comprend aisément que ce cas-ci a le plus intime rapport avec le précédent, qu'il est le symptôme du même vice et qu'il doit être combattu par le même remède ; il est donc presque superflu que je dise que le *soufre* m'a été fort utile dans son traitement, toutes les fois que cet état des lèvres ne se liait pas à une affection profonde des organes de la poitrine et du ventre.

Goitre et engorgemens glandulaires du col. — A l'occasion de ces deux états morbides que je réunis à cause de leur rapport de voisinage, je me hâte de déclarer que la doctrine de Hahnemann sur les maladies chroniques ne me paraît pas être un fleuron de gloire moins brillant que la doctrine homœopathique, telle qu'elle existait au moment où il

a fait sa dernière publication. Le service même que le grand homme a rendu à l'humanité en découvrant et faisant connaître l'origine de la chronicité des maladies, est à mes yeux plus grand que celui dont elle lui est redevable pour l'adage *similia similibus*, et pour la simplification infinitésimale de la médication. Je n'ai donc point hésité un moment à admettre sa doctrine de la chronicité, et j'ai attaqué primitivement et quelquefois uniquement par le *soufre* certaines affections chroniques contre lesquelles l'allopathie est prodigue de médicamens composés, ou qu'elle poursuit vainement par un foule de moyens qui m'étaient dès longtemps connus.

Je crois devoir rappeler ici, à l'occasion du GOITRE que déjà en 1822 j'avais fait connaître dans la Bibliothèque Universelle les succès que j'avais obtenus de la *soude* dans le traitement de cette infirmité. Ce remède était alors, il est encore exempt des dangers qu'a entraînés l'usage non mesuré, imprudent, et non médical de l'*iode*. Sous l'influence et pendant l'action de la *soude*, l'estomac de mes patiens avait toujours repris une activité nouvelle, bien loin d'en être offensé; leur appétit était augmenté, leurs forces accrues, leur santé raffermie, et bon nombre de personnes ont dû à ce remède un bien-être qui leur était dès longtemps étranger.

Songeant au psorisme dont doit être entachée cette incommodité, le *goître*, en qualité de maladie chronique, trouvant dans le livre même de HAHNEMANN l'explication de la réussite de la *soude*, puisque cette substance est déclarée par lui antipsorique, je voulus m'assurer plus explicitement de la nature psorique du goître, en l'attaquant par le *soufre* pur. Comme j'ai employé d'autres antipsoriques dont je n'ai pas l'intention de parler ici, je veux citer un cas, entre autres, où le succès a dépassé mon espérance.

Charles Reymond, âgé de 17 ans et demi, me fut amené, le 5 novembre 1832, pour un goître considérable qui gênait la respiration, lui causait beaucoup d'oppression lorsqu'il montait ou marchait vite, et lui occasionait, pendant le sommeil, un ronflement qui empêchait ses parens de dormir. Ce jeune homme était en outre atteint, depuis une année au moins, de toux, de frissons, de sueurs nocturnes; il rendait difficilement ses crachats; il était un peu bègue et sourd; après la vaccine il avait eu une éruption de boutons à la tête.

Ce cas me parut d'autant plus favorable à l'application du *soufre*, que, comme on le verra plus bas, cette substance avait sauvé très promptement des phthisiques d'une mort imminente. Je donnai donc à Reymond une goutte de dilution 30e de *soufre*, partagée en quatre doses, avec du sucre de lait, dont il devait prendre *une* chaque semaine.

Il revint chez moi le 1er décembre, ayant pris les quatre doses : voilà ce que porte mon registre à cette date :

« Le col a considérablement diminué; il n'y a plus ni frissons, ni sueurs; la toux est presque nulle, les crachats ont encore un peu de peine à sortir, la surdité a diminué, mais non le balbutiement. »

Encouragé par ce merveilleux résultat, je prescrivis le même remède à la même dose. Le malade n'a plus reparu à ma consultation; toutes ses incommodités se sont évanouies; il se livre à son travail avec l'entrain d'un homme bien portant. Je ne pense pourtant pas que deux mois seulement d'action du *soufre* suffisent pour le guérir totalement, et je m'attends à le revoir au bout d'un an ou deux, me demandant de nouveaux remèdes contre son goître.

On voit que j'ai choisi ce cas en raison de la guérison de deux affections chroniques simultanées, de gravité diverse. Je crois inutile de grossir cette liste par celle d'autres goîtres qui ont cédé au *soufre*, l'expérience est facile à répéter; mais je n'affirme pas qu'elle réussisse toujours; il me suffit d'avoir constaté cet aphorisme homœopathique: — le goître, en sa qualité de maladie chronique, peut être guéri par le *soufre*.

Je pourrais citer ici le cas d'un engorgement extraordinaire des glandes sous-maxillaires et des ganglions qui entourent les parotides, qui a diminué notablement sous l'influence du *soufre*, mais comme le fait est complexe et que le traitement n'est pas encore achevé, j'en réserve l'observation pour une époque plus éloignée.

Je crois inutile de m'arrêter plus longtemps sur le bénéfice du *soufre* contre les engorgemens glandulaires ou ganglionaires du col, ayant encore beaucoup de faits intéressans à raconter sur cette substance.

PHTHISIE PULMONAIRE. Partant constamment du principe que la chronicité n'est que la suite d'un psorisme, et ayant regardé comme un axiome d'empirisme scientifique, c'est-à-dire d'expérimentation vraiment médicale, cette sentence de HAHNEMANN : *il n'y a point de maladie des poumons sans psore préalable*, je me résolus d'attaquer par le *soufre* les premières phthisies qui s'offriraient à mon traitement.

M. A....., âgé d'environ 20 ans, me fut amené le 6 juin 1832; il avait une toux fort ancienne, la voix gazée, comme enrouée, il crachait fort souvent, avait d'abondantes sueurs nocturnes, perdait l'appétit et les forces, et jetait ses parens dans la plus vive inquiétude. Je lui donnai *spir. sulph. X gutta j in doses tres*, pour en prendre une chaque semaine. Il revint au bout d'un mois dans un tel état d'amélioration, qu'il était impossible de se douter du degré de maladie dans lequel il était quelques semaines auparavant.

M. L., marié et père, âgé d'environ 26 ans, me fit appeler le 15 juin 1832; il était traité depuis 4 mois par un homme de l'art, pour une affection grave de la poitrine, dont voici les symptômes principaux : Maigreur extrême, forces nulles, appétit nul, toux continuelle, jour et nuit; crachats purulens abondans, oppression, orthopnée, fébricule, morosité profonde, résolution de se détruire si je ne venais pas promptement à bout de le soulager et de le rendre à son travail.

La maladie me parut si avancée que je n'osai rien promettre à sa femme éplorée. — Comme le malade avait jusqu'à ce moment pris une grande quantité de tisanes et de potions, et que sa confiance dans l'homœopathie n'était point établie, je crus devoir conserver la forme des médicamens tout en en changeant la nature; je prescrivis donc *spir. sulph. X gutta j* dans trois onces d'eau sucrée, pour en prendre une cuillerée chaque soir. — Dès la première nuit, le malade goûta un peu de sommeil, et en 5 jours il eut pris la potion. Se trouvant beaucoup mieux, il insista au bout de ce temps pour avoir de nouveaux remèdes; je fis alors diviser *spir.*

sulph. gutta j en six doses, pour en prendre une chaque matin ; après quoi, le malade fut mis à l'usage expectant du *sacch. lact.* Le 13 juillet, la toux avait presque disparu, ainsi que les crachats ; l'appétit était revenu, la bonne humeur avait succédé à la mélancolie, l'espérance était entière. La fièvre restant comme le symptôme le plus important, j'administrai l'*aconit*, après lequel, le 20 juillet, j'ai repris le *soufre ;* le 25, M. L. vint très-gaillardement à pied de la campagne qu'il habitait, à une petite lieue de Genève, sans fatigue, sans essoufflement, et y retourna de la même façon, se sentant capable de reprendre son travail, et ne doutant plus de sa guérison prochaine.

Dans le même temps, j'ai donné le *soufre* à M. Dem...., âgé de 27 ans, atteint depuis fort longtemps d'une toux qui ne cessait ni jour ni nuit, au point qu'elle inquiétait ses voisins d'appartement ; il s'y joignait une grande maigreur, une faiblesse extrême, une voix tout-à-fait gazée ; personne d'entre ses relations ne doutait que sa fin ne fût prochaine. Dès la première semaine la toux céda, et elle avait presque disparu totalement, avec les autres symptômes, au bout d'un mois. Alors le malade vint chez moi leste et content, se croyant guéri ; et son bien-être était si grand que, pendant mon séjour auprès de HAHNEMANN, M. Dem... se livra avec excès à tous les plaisirs de la jeunesse, usant et abusant du punch et des liqueurs spiritueuses; il ne tarda pas à retomber si bas, qu'il fut obligé de se retirer à la campagne, chez son père, et de s'y enfermer dans une étable. Ce séjour, et plus encore peut-être la cessation de ses mauvaises habitudes, lui ayant redonné la force suffisante pour lui permettre de se faire amener chez moi, je l'ai remis, il y a peu de semaines, à l'usage du *soufre*, dont il éprouve déjà les salutaires effets, ainsi que j'ai pu m'en assurer à sa seconde visite, qui est très récente.

Ces trois exemples me paraissent suffisans pour jeter un grand jour sur le traitement des affections pulmonaires chroniques ; le nombre de celles qui s'offrent journellement à ma consultation me permettra d'élucider encore davantage ce sujet dans quelques mois.

CARREAU, ENGORGEMENT MÉSENTÉRIQUE. — Il n'était venu, je pense, à l'idée de personne jusqu'ici de traiter, avec espoir de guérison, cette maladie si fréquente, en la considérant comme psorique pure ; cette idée je l'ai eue, et son exécution a été suivie du résultat le plus avantageux, comme le démontrent les deux cas suivans, que je choisis parmi un nombre d'autres pareils. Le 22 mai 1832, on m'amena d'une petite ville voisine la jeune Verney, âgée de 9 ans et demi, atteinte d'un marasme évidemment scrofuleux, et d'un engorgement visible et sensible des ganglions mésentériques ; les extrémités étaient grêles et émaciées, tandis que le ventre, dur comme une pierre, était proéminent outre mesure ; le teint était pâle, blême ; l'appétit nul ; les évacuations rares ; la faiblesse extrême. Comme la distance empêchait qu'on ne ramenât l'enfant à Genève, je prescrivis *spir. sulf. gutt. vj in dos. xxiv*, dont la jeune fille devrait prendre deux par semaine. Le 20 novembre, on m'a de nouveau présenté la malade que je n'ai pu reconnaître ; la saillie du ventre avait entièrement disparu, et l'abdomen était souple comme un gant ; l'enfant avait repris de la gaieté et de la force ; cependant de nouvelles incommodités s'étaient manifestées, mais elles étaient relatives à la tête, et ont demandé un autre remède dont je n'ai pas l'intention de parler.

Le 27 avril 1832, me fut amenée la jeune Tavernier, âgée de 9 ans, habitant à quelques lieues de Genève, et portant tous les signes de l'atrophie mésentérique ; faiblesse à ne pouvoir se soutenir sur ses jambes, maigreur extrême, face pâle et blême, dégoût pour les alimens, engorgement considérable et prédominence de l'abdomen dur et incompressible. Je prescrivis *spir. sulf. gutt. ij in dos. viij*, pour en prendre deux par semaine ; le succès le plus complet suivit l'usage de ce remède ; l'enfant se rétablit totalement. On me l'a présenté de nouveau au mois de février 1833 ; nulle apparence de carreau, ventre plat et souple ; quelques douleurs s'y manifestaient, pour lesquelles j'ai prescrit tout autre remède que le précédent.

Combien un traitement si simple n'ouvre-t-il pas de facilité contre une maladie qui désole une classe nombreuse de jeunes individus, dont l'allopathie achève, le plus souvent, de détruire la constitution par des purgatifs répétés, des frictions mercurielles, et autres remèdes qu'il est inutile d'énumérer ?

HYPOCHONDRIE. — Chacun sait que sous ce nom l'on désigne un ensemble de symptômes qui varient singulièrement d'un individu à un autre ; aussi je ne prétends point par cette dénomination déterminer une certaine maladie, je veux seulement placer sous la rubrique dont s'est servi le malade, médecin lui-même, la multitude de symptômes dont il était atteint. Je consigne ici cette observation non-seulement parce qu'elle est fort remarquable, mais encore parce que le sujet, devenu zélé homœopathe, a désiré qu'on lui donnât la plus grande publicité, ne pensant pas que jamais personne pût être aussi surpris qu'il l'a été lui-même de sa guérison, et croyant rendre le service le plus éminent aux malheureux atteints de maux qui ont quelque analogie avec ceux dont il a tant et si longtemps souffert.

M. Borkwich Gilchrist, maintenant âgé de 73 ans, ancien chirurgien, puis employé de la Compagnie anglaise des Indes à Calcuta, philanthrope zélé et ardent propagateur des connaissances utiles, après s'être livré pendant 23 ans, au Bengale, à d'immenses travaux administratifs et littéraires, fut forcé, il y a plusieurs années, de revenir en Europe à cause de sa mauvaise santé, dont le symptôme principal était une faiblesse générale et des vertiges qui le privaient de tout travail sans exception. Le repos complet lui rendit un peu de force ; mais de nouveaux travaux littéraires le replongèrent dans sa précédente adynamie, dont voici les symptômes décrits par lui-même.

Confusion douloureuse dans la tête, abattement complet d'esprit, aversion pour tout exercice de corps ou d'esprit, même pour écrire et tenir de simples comptes ; sorte d'imbécillité ; après le moindre mouvement, la plus courte promenade, disposition à s'étendre sur le sol, accablé de fatigue.

Humeur devenue envieuse, morose, impatiente, mécontente de tous et de tout ; désir de s'échapper à lui-même ; horreur de son état, et crainte bien plus grande de continuer à vivre ainsi que de mourir.

Sommeil interrompu, rêves horribles; monomanie qui précède le suicide.

Chaleur fiévreuse, tressauts dans les mains. Appétit démesuré, langue sale, goûts mauvais et variés, comme si les dents avaient touché du vinaigre; la nuit, salivation abondante qui rend les boissons désagréables; tous les alimens sont agréés par l'estomac, mais inutilement pour la réparation des forces. Aucun organe digestif n'est sensible ou douloureux. Nausées et éructations acides rares; flatulence habituelle, surtout en temps humide, constipation.

Urine alternativement rare et copieuse, claire et foncée, déposant un sédiment blanchâtre ou rouge, quelquefois des graviers dont la sortie irrite la vessie ou l'urètre.

Extrémités souvent engourdies et froides. Pesanteur dans le bas-ventre, contraction près du diaphragme, sensation d'un poids sur les épaules; douleur au travers et au bas du dos; sensation d'immobilité qui gagne les extrémités, ensorte qu'au milieu d'une promenade elles semblent se pétrifier tout à la fois, et arrêter immédiatement la marche; la plante des pieds semble recouverte de velours et pesante comme du plomb; le dos paraît composé de planches raides, toutes les parties du corps paraissent liées avec des cordes que la volonté n'a pas la force de rompre.

Dyspnée en montant une colline ou un escalier. — Les moindres changemens de température affectent douloureusement le système nerveux.

Cet état, dont je laisse plusieurs symptômes secondaires, dure depuis six années consécutives, et va toujours en empirant; le malade a vainement consulté les plus habiles médecins allopathes de l'Angleterre et de l'Allemagne; nul n'a pu seulement le soulager.

M. G. a eu, dans son enfance, des panaris, des furoncles, des épulies. Une dartre sèche, blanchâtre, se montre depuis quelque mois sur le crâne.

Ce dernier signe me confirme complètement dans l'idée que tout cet immense appareil de maux est de nature psorique; j'envoie au malade quatre très légères doses de *spir. sulph.*, pour en prendre une chaque semaine; et avant que leur usage soit terminé j'ai la satisfaction d'apprendre, par lettre de M. G., que l'amélioration de son état marche prodigieusement vite, que la faculté de penser lui est revenue, qu'il peut travailler quand et comme il veut, sortir de sa chambre à coucher à 8 heures, au lieu de rester au lit jusqu'à midi, faire chaque jour, sans se fatiguer, une promenade de trois lieues à pied, tandis que trois semaines auparavant il ne pouvait pas marcher un quart d'heure, quelquefois pas même se promener dans sa chambre. Ses idées sont redevenues gaies et son esprit plus calme.

« Je suis entièrement ressuscité, m'écrit-il, je ne puis rendre mon état actuel que par l'expression d'une nouvelle naissance; je suis tout-à-fait un autre homme; je puis maintenant faire dans un seul jour plus de travail que je n'en ai fait en totalité pendant six années. »

On comprend que le traitement n'est point terminé et qu'il est nécessaire de consolider ce retour de santé; c'est à quoi je m'occupe par divers remèdes qui sont hors de mon sujet. En attendant, M. Gilchrist, au moment où j'écris, vient de quitter momentanément la Suisse qu'il habitait, et de se rendre à Londres pour ses affaires, qu'il y compte traiter avec la plus grande fraîcheur d'esprit. Il y profitera de son séjour pour préconiser l'homœopathie, dans laquelle il se rend chaque jour plus fort, par une lecture assidue de tous les ouvrages écrits dans l'une des langues qu'il possède. Il la proclame la plus belle invention qui ait jamais été faite, et le seul système raisonnable de médecine; et il est capable d'en juger, ayant lui-même étudié et pratiqué la médecine jadis.

Érysipèle. — Fièvre intermittente tierce. — Mlle A. R.. était revenue d'un pays très éloigné parce qu'elle y avait pris une fièvre tierce, endémique dans cette localité-là, qui l'avait réduite au dernier degré de faiblesse. A son arrivée, elle me fit appeler; comme elle avait voyagé pendant 18 jours, je la laissai se reposer afin de juger si son extrême pâleur et le défaut absolu de forces provenaient de la fatigue ou de la maladie, et si celle-ci reparaîtrait; au bout de trois jours, la fièvre revint avec beaucoup d'angoisse; trois granules d'*ipéc.* répétés quatre fois dans l'apyrexie parurent avoir chassé la fièvre, qui attaqua de nouveau la malade, après quelques jours; la réitération du remède ne fut pas suivie du même bon effet; je donnai une seconde dose, et quand je revis la malade, un érysipèle commençait à couvrir ses deux joues; je donnai *bell.* avec espoir de prompt succès; cet espoir fut déçu; le lendemain et le surlendemain l'érysipèle s'étendait sur la face qui était toute boursouflée. Voyant alors dans la chambre de la malade un sien petit frère qui avait de la teigne, je n'eus plus aucun doute sur le psorisme; je donnai *sulph.*, et dès le lendemain l'érysipèle diminua et s'évanouit.

Quatre mois s'écoulèrent, au bout desquels la malade fut de nouveau saisie par la fièvre tierce; je donnai sans succès plusieurs médicamens; alors je songeai au *soufre;* j'en donnai trois granules; l'accès attendu n'est jamais venu et la malade s'est trouvée subitement en parfaite santé, sans avoir aucune convalescence.

J'aurais encore beaucoup de cas heureux à rapporter; je crois devoir les réserver pour faire suite à la fin du mémoire d'Hartlaub.

Avant de terminer, je désire communiquer à mes lecteurs un fait propre à éclairer la question si difficile de l'action des doses infinitésimales.

Quelques homœopathes pensent que cette action est purement dynamique, et qu'il n'est pas nécessaire de supposer la présence dans l'organisme vivant de la matière médicamenteuse même. Je ne prétends pas contester ce point; car mon opinion est, à ce jour, que la préparation hahnemannique, c'est-à-dire, la trituration pour les solides, la dilution suivie d'agitation et de secousse pour les liquides, a pour effet immédiat de briser la coque, l'enveloppe matérielle inerte, et de mettre au jour, de manifester, de développer la propriété de la substance médicamenteuse, obruée jusque là par la masse matérielle qui en gênait l'essor. Mais voici ce qui m'est arrivé avec le *soufre*. J'avais avalé si granules; deux jours après, mes mains exhalaient une forte odeur de soufre; craignant de me tromper, je priai un confrère homœopathe de les flairer sans lui en dire le motif; l'odeur de soufre le frappa, et il crut que j'en avais touché, manié. Grande fut sa surprise lorsqu'il sut

qu'il n'en était rien, et que cette odeur ne pouvait se rapporter qu'aux granules de soufre avalé. — Une quantité donc de soufre impondérable, mais appréciable aux sens, pénètre dans l'organisme avec chacun des granules avalés.

On sait d'ailleurs que c'est avec cette substance qu'a été faite l'expérience de Korsakoff, qui a dilué ou potentié le *spir. sulph.* dans quinze cents flacons successifs, sans qu'il pût voir une diminution d'action entre le contenu du trentième et celui du quinze centième; cette expérience a été répétée avec le même succès par le célèbre GROSS, comme je le dis dans la relation de mon voyage en Prusse.

Ch.-G. PESCHIER, *docteur*.

OBSERVATIONS

SUR LA

PUISSANCE PATHOGÉNÉTIQUE DU VENIN DES SERPENS,

Par le dr C. HERING, à Paramaribo à Surinam.

(*Archiv. f. d. hom. H. t. X*, 2e *cah.*)

Les anciens médecins de l'Arabie et du moyen âge, qui possédaient encore beaucoup de traditions orientales, ont employé comme médicamens un grand nombre de venins, et quelques parties d'animaux que l'on regarde maintenant comme n'ayant aucune action. Presque tous ces remèdes sont oubliés, et quelques-uns seulement sont restés dans la médecine populaire. La science nouvelle doit s'efforcer de tirer de ce chaos de traditions et d'hypothèses qui a régné dans l'ancienne école, depuis l'emploi des substances animales jusqu'à celui des alcaloïdes, tout ce qui peut être vraiment utile à l'art de guérir, en soumettant les agens médicinaux les plus remarquables et les plus divers à un examen nouveau, afin de bien apprécier leur mode d'action sur l'homme sain.

Ce sera la tâche des siècles futurs de déterminer d'une manière systématique les analogies et les différences que présente l'action pathogénétique sur l'homme sain des substances des trois règnes, animal, végétal et minéral. On pourra alors indiquer d'avance, avec plus de sûreté, les agens les plus dignes d'examen et les plus riches en résultats.

Quant à nous, qui sommes encore dans le vague, et qui devons néanmoins faire le choix le plus fructueux possible, il nous importe de nous attacher aux substances les plus saillantes, par exemple, aux élémens principaux du globe terrestre et de la mer, qui, presque tous, ont déjà été reconnus par Hahnemann comme antipsoriques, aux élémens de l'organisation animale, etc., etc. Parmi les plantes, il convient de soumettre à l'examen de préférence celles qui nous sont connues par leurs effets rapides, énergiques, violens ou prolongés, ainsi que celles qui se rapprochent de remèdes déjà éprouvés. L'*atropa mandragora*, par exemple, autrefois si célèbre, devrait fixer l'attention, comme voisine de la *belladone*; il faudrait aussi étudier les *aconits* à fleurs jaunes. Il conviendrait d'examiner de préférence les plantes dont les effets sont énergiques, et qui, sous ce rapport, sont comme isolées dans les familles dont elles font partie.

Si l'on considère le règne animal sous ce point de vue, on s'étonnera du petit nombre des substances qui ont été étudiées jusqu'à ce jour, et cela d'autant plus que toutes celles qui ont été éprouvées ont donné des résultats remarquables, et toujours plus importans à mesure que l'on est descendu plus bas dans l'échelle des êtres organisés. Il suffira d'énumérer le musc, le castoréum, l'ambre, les cantharides, l'éponge, la sépia. Les classes des oiseaux, des poissons et des amphibies, n'ont rien fourni encore; de tous les animaux des ordres inférieurs, l'éponge et la sépia sont les seuls connus. Nous n'avons guère à attendre des substances animales analogues au musc, au castoréum, à l'ambre, que des effets semblables à ceux que ces dernières produisent; peut-être en est-il de même de la classe des insectes qui agissent toujours principalement sur le système génito-urinaire; mais les poissons et les amphibies nous offriront certainement des propriétés pathogénétiques toutes particulières, ainsi que les animaux des ordres inférieurs. A en juger par les traditions de la médecine populaire, un grand nombre de poissons doivent posséder des propriétés médicamenteuses, et l'on sait que le nombre des espèces venimeuses est proportionnellement plus grand que dans aucune autre classe du règne animal. La médecine populaire a fait un plus grand usage encore des amphibies; elle croyait trouver, dans ces êtres hideux et repoussans, des spécifiques contre des maladies également hideuses. C'est ainsi que nous voyons, de tout temps, vanter l'emploi des crapauds grillés, des lézards desséchés, de la graisse de serpent, du sang et de la bile de tortue, contre les ulcères et les maladies cutanées les plus tenaces.

Parmi tous les poisons animaux, le plus remarquable, sans contredit, est le venin des serpens, que l'on n'a point osé jusqu'à présent employer comme remède. Nous n'en savons autre chose, sinon que c'est une sécrétion analogue à la salive, et les histoires isolées des personnes exposées accidentellement à ses effets ne nous apprennent que fort peu de chose.

On a bien des exemples de personnes mordues par des serpens, qui sont restées sujettes pendant des années, ou même pendant toute leur vie, à des exanthèmes cutanés de diverse nature; on sait qu'une forte quantité de venin tue avec la rapidité de la foudre, qu'une quantité moindre amène l'enflure, la gangrène, etc., enfin que de très petites portions causent encore des accidens graves. Tout cela doit faire désirer d'éprouver les effets du venin en les atténuant assez pour leur ôter leur violence, et pouvoir les observer d'une manière plus sûre. Quant à moi, déjà longtemps avant de me rendre dans les pays chauds, j'avais toujours eu un vif désir d'éprouver un jour les effets dynamiques de ce venin si puissant.

Je n'ai jamais ajouté une foi entière à l'assertion des chimistes que le venin n'exerce son action que dans une blessure, et que son effet est nul quand on le prend par la bouche. Il est très vrai qu'une goutte de venin sur la langue ne

produit point les accidens qui suivent son introduction dans le sang, mais cela ne tiendrait-il point à ce que la salive humaine le neutralise ou le modifie? Il faut que le venin puisse s'étendre et se mettre en contact avec les nerfs et le sang. On sait qu'il a un goût astringent, ce qui déjà aurait pu en faire attendre quelque chose. La question, maintenant, est de savoir comment il faut s'y prendre pour appliquer ce venin de manière à ce qu'il agisse sur l'extrémité des nerfs, comme il agit, dans la morsure, sur l'extrémité des vaisseaux, et cela avec une force assez mitigée pour que les expériences n'offrent aucun danger. Le moyen le plus convenable se présente dans la trituration avec le sucre de lait ou les dilutions avec l'alcool. Les chimistes se récrieront peut-être contre l'idée de la solution d'une salive dans l'alcool; je puis cependant les rassurer à cet égard. J'ai ouï dire à des observateurs de toute confiance, qu'en expédiant des animaux conservés dans l'esprit-de-vin, il faut bien prendre garde de ne pas mettre des serpens venimeux avec les autres préparations, attendu que l'alcool qui contient ces serpens devient une sorte de mordant pour les autres substances animales. Ce fait autoriserait à faire quelques expériences pour voir jusqu'à quel point la partie active du venin peut transmettre ses propriétés, et s'il est prouvé qu'il agit dynamiquement, les chimistes auront peut-être un nouvel alcaloïde à y découvrir.

On ne saurait objecter contre la trituration avec le sucre de lait que le venin peut perdre sa force, car il est bien avéré que les dents desséchées de serpens, qui même ont été longtemps dans l'esprit-de-vin, peuvent encore occasioner les plus graves accidens (1).

Des essais sur le venin des serpens trituré avec le sucre de lait, apprendront non-seulement quelle est son action pathogénétique sur l'homme sain, mais encore quels sont les meilleurs moyens d'en combattre les effets chez les personnes mordues; ils feront connaître ses véritables antidotes, au milieu de la foule des spécifiques qui ont été préconisés. Peut-être aussi conduiront-ils à trouver dans ce venin un médicament d'une haute importance. Je me bornerai à rappeler ici le fait rapporté par Galenius, qu'un lépreux fut guéri en buvant du vin dans lequel une vipère avait été noyée. On m'a communiqué ici (à Surinam), comme un grand secret, que la tête d'un serpent venimeux grillée et pulvérisée, constitue un des principaux ingrédiens d'une poudre qui non-seulement préserve des effets de la morsure, lorsqu'on en frotte de petites moucheturcs pratiquées à la peau, mais qui sert aussi de remède après la morsure. La tête pulvérisée ne doit pas appartenir à la même espèce que celle d'où provient l'accident. J'ai vu moi-même un lépreux délivré, par cette même poudre, de tous les bubons qu'il avait au visage et ailleurs. Or il faut bien se garder de mépriser les remèdes populaires; avant Hahnemann, ils ont été une des principales sources de la matière médicale, et nous trouverons encore beaucoup à en tirer. L'instinct de l'homme lui a souvent fait deviner des remèdes que l'expérience serait restée des siècles à découvrir. Comment le sauvage de l'Amérique du sud a-t-il su trouver parmi les milliers de plantes qui l'entourent, les dix ou douze spécifiques dont il fait usage, et dont nous lui emprunterons l'emploi?

Tout cela m'avait inspiré le plus vif désir de me procurer vivant quelque grand serpent venimeux; mais tous mes efforts et mes sacrifices d'argent restèrent longtemps sans résultat. Un beau serpent à sonnettes de 8 pieds de long, qui m'était destiné, me fut escamoté par un Anglais qui força le nègre qui me l'apportait à le lui céder. Ce serpent fut transféré de suite à bord d'un vaisseau, et enfermé dans une belle cage, de sorte que je n'eus pas même la possibilité de tenter d'en recueillir un peu de venin. Le capitaine du navire me raconta même plus tard qu'il avait fait jeter le tout à la mer sans le plus petit retard, et qu'il aurait mieux aimé avoir le diable à bord que ce serpent qui ne l'aurait pas laissé dormir un instant tranquille.

Quelques petits serpens que je parvins, non sans peine et sans danger, à me procurer vivans pour leur enlever leur venin, n'en donnèrent que des quantités si faibles, que je ne pus en tirer parti.

Enfin le 28 juillet 1828, j'eus le plaisir de recevoir un grand et beau serpent qu'un chasseur avait tué à moitié, mais qui avait encore assez de vie pour atteindre mon but. C'était un *trigonocephalus lachesis*, dont la morsure est encore plus terrible dans ses effets que celle du serpent à sonnettes. Il avait dix pieds de long, et il est à remarquer qu'on ne le trouve jamais ici d'une moindre grandeur, ce qui vient probablement de ce que cette espèce ne se répand dans les forêts du pays qu'à l'époque de l'accouplement, ou quand les individus ont atteint un certain degré de croissance. On avait pris ce serpent près de la ville et on l'avait attaché à demi-mort dans une corbeille. Pendant le transport il avait donné encore des signes de vie. J'ouvris la corbeille pour le sortir, et voyant qu'il avait les vertèbres rompues, je le fis détacher pour voir s'il remuait encore la tête. Ses couleurs étaient encore brillantes, sa gueule était fermée, et ses yeux avaient l'éclat de la vie, mais il n'avait plus la faculté de se mouvoir. Je me disposai aussitôt à lui enlever son venin, mais j'eus quelque peine à me faire aider par mes gens, qui en avaient une grande peur. Comme, immédiatement après avoir frappé le serpent, on l'avait saisi et lié en arrière de la tête, je pouvais compter sur une quantité considérable de venin bien frais. Je fis ouvrir la gueule autant que possible, de manière à ce que les deux terribles dents à venin fussent entièrement dressées, comme au moment de la morsure. Pour prendre cette position, les dents se meuvent, avec leur pointe recourbée comme une haleine de haut en bas et d'arrière en avant, et l'étui cutané qui les recouvre entièrement pendant le repos, se retire alors plus ou moins vers la racine. Je fis tenir la tête par un aide, et je plaçai entre les mâchoires un petit bâton pointu des deux bouts pour maintenir la gueule ouverte, opération qui ne laissait pas que d'offrir quelque danger, vu la proximité des redoutables dents. Celles-ci se trouvant maintenant bien à découvert, je nettoyai la gueule en enlevant toute la bave visqueuse qui la remplissait, et je préparai tout ce qu'il fallait pour recueillir le venin. En pressant légèrement avec le doigt l'endroit où se trouve la vésicule à poison, je vis celle-ci saillir aussitôt de l'ouverture qui se trouve à la par-

(1) Voyez à ce sujet le fait cité dans notre second cahier. (R.)

tie postérieure de la dent à une ou deux lignes au dessus de la pointe. On reconnaît ainsi, par la position même de la vésicule, que quand le serpent ouvre la gueule et dresse ses crochets pour mordre, la vésicule se trouve un peu pressée, et qu'elle remplit alors la dent de venin jusqu'à son ouverture. Mais cette ouverture est trop petite pour que le venin puisse en découler. La pointe de la dent ne sert qu'à introduire dans la blessure cette ouverture, qui se termine en forme de rigole; du moment qu'elle se trouve en contact avec les parties blessées, celles-ci aspirent le venin de l'ouverture comme d'un tube capillaire.

En pressant plus fortement la vésicule de mon serpent, je fis arriver bientôt le venin avec plus d'abondance, et il finit par former une gouttelette à l'extrémité de la dent. Je plaçai aussitôt au dessous un petit tas de sucre de lait sur du papier, et je reçus la goutte au moment où elle se détacha.

Le venin est analogue à la salive, mais il a une consistance moins visqueuse; il est transparent, clair, quoiqu'avec une teinte légèrement verdâtre. La gouttelette s'arrondit aisément et promptement à l'extrémité de la dent, et tombe sans former de fil avant d'avoir atteint le diamètre d'une goutte d'alcool. Le sucre de lait l'absorbe rapidement. Mis dans l'alcool, avec ou sans sucre de lait, il ne se coagule point, mais il y forme comme un léger nuage.

Je continuai ainsi avec précaution, en pressant la vésicule, à en faire sortir tout le venin, d'abord à une dent et ensuite à l'autre. Je fis la remarque qu'en renouvelant la pression, après un intervalle plus ou moins long, la goutte se formait presqu'aussi rapidement que la première fois, ce qui me parut indiquer encore un reste de vie chez le serpent.

Je réussis à recueillir ainsi dix gouttes de venin sur cent grains de sucre de lait, et je le broyai aussitôt pendant une heure. Dix grains de cette préparation furent broyés ensuite de nouveau avec cent autres grains de sucre de lait, afin d'obtenir à peu près la division centésimale, en considérant la goutte comme équivalente à l'unité du grain.

J'ai employé pour mes essais la seconde préparation 1/100. Quelque imparfaites que soient encore mes observations, je les rapporte ici, soit pour prouver la puissance pathogénétique du venin, soit pour montrer que les expériences avec des centièmes de grains n'offrent aucun danger. C'est là d'ailleurs un commencement aux épreuves plus complètes qui devront être faites avec cette substance. Je proposerai d'y employer de préférence la préparation à 1/10000, qui se montrera, je crois, plus efficace encore.

Je désirerais beaucoup qu'un de nos zélés littérateurs entreprît de réunir tous les faits connus sur l'action du venin des serpens; ce serait là le meilleur moyen d'éclaircir ce sujet si curieux et si important. Si l'on possédait un résumé bien fait de toutes les histoires d'accidens survenus à la suite de morsures et surtout de celles où une petite quantité de venin, au lieu de causer la mort, a donné naissance à des affections chroniques plus ou moins graves, on pourrait en déduire de précieux résultats. Quoique les effets du venin offrent des différences très-caractéristiques chez les diverses espèces de serpens, il serait trop long, je crois, d'énumérer séparément les accidens causés par chaque espèce particulière. Les indications à cet égard devraient simplement accompagner chaque symptôme. Le nom du pays où l'accident a eu lieu ne devrait jamais être oublié, parce que cette circonstance est fort importante.

Chez une jeune fille mordue au doigt par un serpent, près de Zittau, on vit survenir une sorte d'érysipèle vésiculaire qui gagna la surface intérieure du bras, et s'étendit en descendant le long du corps du même côté. Après quelques jours les vésicules se rompirent et se desséchèrent; l'épiderme se détacha, mais la peau resta rouge, chaude et prurigineuse. Au septième jour la malade se portait fort bien. Le quatorzième jour les vésicules reparurent, mais seulement au doigt mordu.

On trouve une histoire de morsure du *trigonocephalus lachesis*, rapportée par un docteur Kühn, dans le journal hollandais intitulé *Hippocrates*.

OBSERVATIONS SUR LES EFFETS DU VENIN

Pendant le broiement de la préparation.

J'observai que j'avalais la poussière très-fine qui s'en échappait.

Il en résulta, dans l'arrière-gorge, une sensation toute particulière, et presque semblable à un grattement.

Au bout d'une heure je ressentis de la douleur dans le cou. C'était comme un pincement sur une étendue très circonscrite, au fond du cou, à droite, et comme sur le côté de la gorge. Cette douleur n'augmentait point par la déglutition, mais bien par la pression.

Après quelques heures, en allant en char, à l'air libre, sentiment d'anxiété comme s'il se passait loin de moi quelque grand malheur; c'était comme un pressentiment pénible et accablant. J'en fus excessivement tourmenté pendant une heure.

Vers le soir, disposition tout-à-fait inaccoutumée à une jalousie qui tenait presque du délire, et aussi folle qu'insurmontable.

Le soir, abattement extrême, fatigue, somnolence, sans pouvoir dormir.

Pendant cet état de somnolence, ou de demi-sommeil, disposition particulière à la loquacité. Je parle beaucoup, je veux raconter sans me mettre sur mon séant; mes discours deviennent bientôt un babil sans suite, et j'ai tout aussitôt la conscience que je déraisonne. Je me reprends alors pour recommencer bientôt le même manége, et ainsi de suite. La moitié de la soirée se passe ainsi.

Le même soir, anorexie complète occasionée par une sensation désagréable dans l'abdomen. Appétence pour la bière.

De temps à autre la douleur de cou reparait.

Après m'être couché très-somnolent, je ne puis m'endormir; je me réveille bientôt tout-à-fait. Aucune position ne me satisfait, tout me semble occasioner de la pression au cou et à la nuque.

Le moindre contact ressenti au larynx occasione une impression douloureuse et une sorte d'étouffement. La douleur du cou en est augmentée.

La paumée des mains, la plante des pieds sont, pendant toute la soirée, le siége d'une vive chaleur.

Après m'être endormi fort tard, je me réveille de grand matin.

Le matin, selle insuffisante d'une consistance presque argileuse.

Le second matin, diarrhée.

Le second après-midi, pendant le sommeil, rêves extraordinairement gais et humoristiques.

PREMIER ESSAI.

1 *grain de la préparation* 1/100 *dans une demi-tasse d'eau de pluie.*

Après la méridienne, sensation de rétrécissement dans la trachée. Les mucosités ne se détachent point, comme cela a lieu habituellement.

Moins d'appétit.

Remarquablement peu de propension à fumer.

Le soir, sentiment agréable de chaleur; la sensation n'est exclusivement ni à l'intérieur, ni à la peau; elle ressemble à ce qu'on éprouve après un bain froid, ou après l'acte du coït.

Agitation; il se sent poussé à chercher le grand air; il veut faire et entreprendre toute sorte de choses.

Selle retardée, vers le soir, expulsée avec efforts quoique insuffisante.

Disposition à la vivacité, à la colère, sans mauvaise humeur.

Méfiance, disposition soupçonneuse.

Frisson parcourant rapidement le dos.

Le soir, coryza subit avec fourmillement à la pointe du nez, pression et larmoiement à l'angle interne de l'œil. Ces symptômes disparaissent bientôt.

Avant minuit, aucune envie de dormir.

Vers minuit, diarrhée subite. Selle claire, accompagnée de fortes épreintes, et d'une odeur ammoniacale.

Tous les soirs diarrhée, pendant 7 jours, avec de fortes épreintes, précédée de douleurs fugitives dans le colon, et suivie de battemens à l'anus, comme d'un petit marteau.

La sécrétion muqueuse de la trachée est fort diminuée; celle du nez et de la gorge est plutôt augmentée.

La troisième nuit, pollution, chose fort rare chez l'observateur, avec une sensation de plaisir d'une vivacité extraordinaire.

Indifférence et disposition oublieuse, très marquées et très persistantes.

Aucune envie de fumer (chez un grand fumeur), sans qu'il y ait toutefois répugnance. Ceci dura pendant plusieurs semaines.

Penchant plus prononcé à boire du vin; mais le vin agit beaucoup moins qu'à l'ordinaire.

Pendant toute une semaine, diminution de l'appétit, et douleur au creux de l'estomac lorsqu'on y exerce une pression.

Prurit entre les doigts. En y grattant de petites place dures et luisantes, on y fait élever une vésicule, avec sensation de tension et de cuisson.

Fréquemment, agitation qui force à chercher le grand air.

Les effets se prononcèrent ainsi avec force pendant une semaine, puis ils diminuèrent peu à peu, pour disparaître enfin tout-à-fait.

Le coryza subit et la diarrhée prouvent peut-être que la dose était trop forte.

Les derniers symptômes furent tous très persistans et très frappans.

SECOND ESSAI.

1/2 *Grain de la préparation* 1/100 *dans une tasse d'eau de pluie.*

Le premier jour.

Après quelques heures, douleur dans le cou, sur le côté du larynx un peu en arrière, et sur un espace très circonscrit.

Le larynx est douloureux au toucher.

Sensation de vacuité dans l'abdomen, comme si on était à jeun.

Excitation très vive de l'instinct sexuel.

Le soir, disposition marquée à la frayeur.

Appétit augmenté.

Rêves continus, fatigans, avec réveil de temps à autre pendant toute la nuit; et cependant réveil matinal avec le sentiment d'avoir bien dormi.

Le second jour.

Le matin à jeun, expulsion fréquente et bruyante de flatuosités.

L'anus est comme fermé.

Vertige en étant assis après avoir marché.

Douleur très pénible, comme un point permanent et profond dans le dos, à côté du bord intérieur de l'omoplate, et qui force à se pencher en arrière. (Cette douleur avait été ressentie anciennement, mais elle revenait pour la première fois depuis fort longtemps.)

Excitation de l'esprit pendant toute la matinée.

Hier, point de selle; aujourd'hui, selle retardée, peu abondante, peu consistante; après avoir fumé.

Avant midi, érections.

Avant midi, somnolence après avoir été au grand air, puis sommeil de plusieurs heures avec des rêves continus sur des sujets importans, qui sont tout-à-fait oubliés au réveil.

Appétit augmenté.

Prurit violent sur un espace circonscrit du cou de-pied.

Le soir, excitation et disposition loquace, mais la douleur du dos intervient d'une manière désagréable.

Tiraillemens douloureux et par accès, dans les os du carpe.

Le soir, hoquet.

Le soir très tard, sternutation et coryza.

Rêves continus jusqu'au matin.

Le troisième jour.

Besoin plus fréquent d'uriner, et expulsion d'une urine écumeuse et de couleur foncée.

Sentiment plus prononcé de bien-être. Le tabac fumé trop longtemps amène du malaise.

Sensation permanente, comme si une selle allait venir, sans autre effet que l'expulsion de quelques vents.

Selle peu consistante, avec le sang porté à la tête et du vertige.

Sorte d'extase, comme après une grande joie, ou une impression sublime. Il voudrait parler et agir, et tout lui semble facile. — Pendant tout le jour.

Grande susceptibilité d'impressions ; les poésies touchantes l'émeuvent avec excès et jusqu'aux larmes ; il sent le besoin de se soulager en pleurant bien à fond.

Après avoir pleuré, douleur au-dessus des yeux.

Pendant le repas, vive démangeaison dans le nez (Symptôme ressenti autrefois, mais qui avait cessé depuis longtemps.)

Un soir, aucune propension au sommeil, le soir suivant, somnolence invincible.

La nuit, rêvasseries continuelles, interrompues par des réveils fréquens.

Le quatrième jour.

Le matin, bien-être, mais sans avoir l'appétit accoutumé.

Çà et là sur les doigts, petits points rouges avec prurit.

Çà et là, petites vésicules sur les doigts, comme des boutons de gale.

Pendant la méridienne, rêves poétiques et pleins d'invention.

Après la méridienne, excitation sexuelle.

L'après-midi, après avoir bu le thé, malaise subit, hoquets, renvois, régurgitations, expulsion de flatuosités d'une abondance extraordinaire, puis soulagement. Je n'avais jamais ressenti ces symptômes d'une manière aussi persistante et aussi forte.

Le cinquième jour.

Beaucoup de rêves ; réveil matinal.

Le matin, beaucoup de vents bruyans.

Le matin, bourdonnement dans l'oreille droite, qui est la meilleure, comme un roulement de tambour. Il cesse quand on secoue le doigt dans l'oreille, mais il revient toujours.

Pendant plusieurs jours, de temps à autre, besoin de respirer profondément, surtout en étant assis.

Vésicules prurigineuses sur le doigt du milieu de la main gauche, à l'extérieur. Après quelques jours, bouton analogue à une verrue, et qui laisse une cicatrice en disparaissant.

Enrouement de la voix. Les sons se forment difficilement, comme s'il y avait quelqu'empêchement dans la langue. L'expectoration des mucosités n'y remédie point. Symptôme très persistant.

Tous les jours une selle peu consistante, mais retardée chaque jour un peu davantage, de sorte que du matin elle passe peu à peu au soir, puis du soir de nouveau au matin,

Le sang se porte à la tête avec force.

Le soir le bourdonnement d'oreille reparaît.

Douleur à côté des tempes, comme s'il allait y survenir un éruption de boutons ; se dissipe le jour suivant.

Une piqûre de chique cause le premier jour des douleurs extraordinaires. La petite blessure ne se cicatrise point, et reste douloureuse pendant bien des jours. Tout auprès l'épiderme se gerce entre les doigts du pied.

Le sixième jour.

Le matin excitation sexuelle avec douleur dans les cuisses, et une grande faiblesse, comme quand on est brisé de fatigue.

Tout le jour abattement extrême d'esprit et de corps.

Le matin beaucoup de vents bruyans.

Douleurs spasmodiques dans l'intérieur de l'anus, un peu avant et un peu après la selle.

Appétit vif ; après avoir mangé, besoin de se coucher.

Propension marquée à rester couché : il ne peut supporter d'être assis.

Après la méridienne, fatigue et douleur dans les cuisses et dans le dos, à côté de la colonne vertébrale. Le mouvement respiratoire ne l'influence point.

Les jours suivans jusqu'au quatorzième jour.

Toutes les nuits, rêves méditatifs. Ce symptôme ne diminue un peu qu'après deux semaines.

Le jour il se rappelle ses songes, comme s'il avait rêvé tout ce qui se passe ; mais d'une autre manière, comme s'il l'avait seulement oublié.

Selles très abondantes, suivies d'un peu de sang (les onzième et douzième jours).

Après une selle normale, pendant longtemps cuisson et ardeur à l'anus (le treizième jour).

Un petit groupe de verrues plates se forme sur le côté extérieur du pouce (le neuvième jour).

Expulsion très fréquente d'une urine claire et écumeuse.

Douleur persistante du dos en étant assis, comme s'il y avait quelque corps étranger dans la colonne vertébrale et dans l'épaule. Cette douleur dispose à respirer profondément, sans en être soulagée ; elle force aussi à se pencher en arrière.

Vésicules accompagnées de prurit très vif, puis de cuisson, sur le bord extérieur de la main droite.

Démangeaisons dans le nez, pendant le repos.

Jamais d'appétit le matin.

Le dîner se faisant attendre, malaise subit, bâillemens spasmodiques et évanouissement. Il faut s'asseoir tranquillement et manger sans délai, alors tout s'améliore.

Après la selle et l'émission de l'urine, il revient sans cesse une petite quantité de cette dernière, qui exige impérieusement l'expulsion.

Grand calme et fermeté au milieu de circonstances très propres à donner de l'irritation.

Enrouement toujours augmenté. Il y a quelque chose dans le larynx que l'expectoration ne parvient point à détacher, quoique les mucosités soient bien expulsées.

Grande excitation sexuelle, mais sans lubricité. Surmontée, elle laisse une vive propension aux travaux intellectuels.

La puissance d'invention est très augmentée pour tout ce qui tient aux travaux de l'esprit. Les scènes et les événemens se présentent en foule à l'imagination.

Dès qu'une idée a été saisie en écrivant, une foule d'autres idées surviennent et se pressent à la suite, de telle sorte qu'on ne peut s'arrêter et finir.

Disposition extrêmement communicative ; grande vivacité de conversation ; avec cela impatience excessive de tout ce qui est aride et ennuyeux.

Plus il y a d'humeur et plus il y a aussi de penchant au persifflage, à la satire, aux idées comiques.

Nous n'ajouterons pas ici quelques symptômes recueillis chez deux malades auxquels le docteur Hering a administré le venin comme remède ; ces observations étant encore trop incomplètes, nous attendrons à cet égard la suite promise par cet observateur zélé. X.

BIBLIOTHÈQUE
HOMOEOPATHIQUE,

PUBLIÉE A GÉNÈVE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

JUIN — JUILLET 1833.

LETTRE SUR L'ÉTUDE DE L'HOMOEOPATHIE

ET LES MEILLEURS MOYENS D'EN ABORDER LES PROBLÈMES,

Adressée au Dr DURIF, *médecin à Tullin (Isère),*

Par le Dr DESSAIX, à Lyon.

—

Par votre lettre du..., je vois que vos premières notions de l'homœopathie, sa promesse de guérir le mal en l'augmentant et avec des atomes, ont été pour vous comme pour nous tous, l'objet d'une incrédulité complète.

Peu à peu, toutefois, le bruit des guérisons dont le public fait honneur à l'homœopathie, est arrivé jusqu'à vous, et vous avez entendu l'histoire de quelques-unes d'entre elles sans envie d'en rien constater, il est vrai, mais du moins sans colère et sans trop d'impatience; vous avez, en même temps, appris d'ailleurs que des publications homœopathiques importantes se succédaient rapidement, depuis 18 mois, à Lyon, à Paris, à Genève, et qu'une école savante, laborieuse, et déjà naturalisée dans toutes les parties du monde, soutenait avec persévérance et vigueur les principes de Hahnemann, et répondait aux objections de toutes les théories par un invariable appel au lit du malade; enfin, vous n'avez pas tardé, non plus, à savoir que l'illustre fondateur de cette doctrine singulière, poursuivait avec énergie, à 77 ans, ses recherches savantes, sans cesser d'être, un seul jour, un des praticiens les plus occupés de l'Europe, et de voir des équipages de tous les pays se presser autour de sa modeste demeure.

Frappé, avec raison, de ces documens inattendus, vous avez senti bientôt qu'après avoir refusé toute créance à l'homœopathie par l'impossibilité de vous expliquer ses prétentions étranges, vous risquiez désormais, en persistant à la repousser, de tomber dans un problème d'un autre genre, non moins inexplicable qu'elle.

Si, comme elle vous l'a semblé de prime abord, l'homœopathie n'est; en effet, qu'une chimère, si ses agens sont les plus nuls de tous ceux qui jamais aient été mis en œuvre, comment concevoir l'existence, la rapide propagation de cette doctrine, la faveur croissante qui la protége, les longs et doctes travaux qui la continuent et la corroborent sans cesse? Si l'homœopathie n'est rien, quelle plus incompréhensible démence, qu'elle épidémie plus envahissante et plus dangereuse? Non, certes, jamais calamité publique n'eut plus de droit à la compassion et aux recherches du médecin philosophe, ne dut mettre plus impitoyablement en défaut ses prévisions et ses calculs.

Pressé de la sorte entre deux difficultés également grandes, vous avez pensé, différent de bien d'autres, qu'un premier jugement improvisé sans connaissance de cause, ne pouvait être obligatoire pour le reste de votre vie, et vous vous êtes senti en disposition, tout compte fait, de croire plutôt à quelque progrès incroyable, à quelque découverte extraordinaire, dans un âge qui en est fécond et dans une science qui en a grand besoin, qu'à supposer le plus inexplicable aveuglement chez une foule d'hommes de tous les pays et de toutes les classes, le plus monstrueux délire chez tant de médecins, nos confrères, tous sortis de nos écoles, nourris de nos classiques et formés par nos maîtres.

Vous avez eu alors le courage de vous procurer des livres d'homœopathie; vous avez lu la lettre du docteur Des Guidi aux médecins français, les publications de Bigel, l'Organon de Hahnemann; mais ces écrits, me dites-vous, ne vous ont point convaincu. Vous me demandez si j'en connais d'autres, latins ou français, et vous m'engagez à vous dire, à cœur ouvert, ce que je pense de l'homœopathie.

Mon opinion personnelle, mon cher confrère, ne doit ni ne peut avoir aucune influence sur la vôtre: aucune autre autorité que celle des choses n'est capable de faire supporter l'idée de l'homœopathie à des esprits tels que les ont façonnés notre éducation médicale, nos habitudes et nos vanités. Il m'est sans doute bien agréable de pouvoir vous dire que je consacre avec dévouement le peu de force qui me reste à

l'étude de cette science difficile, et que, chaque jour, elle est pour moi une source des jouissances les plus vives : mais je me garderai bien de vous offrir comme un argument ce qui ne peut être qu'un épanchement de l'amitié.

L'Organon, ce livre dont chaque page est marquée au coin de la droiture et du génie, l'Organon ne vous a pas convaincu ; je le crois bien, et il ne pouvait vous convaincre, l'eussiez-vous lu sans dépit, sans prévention, et même avec intérêt. Une doctrine qui vient brusquement tourmenter nos idées, en rompre les antiques associations, se mettre en guerre avec nos habitudes, nos maximes, nos souvenirs, révolutionner en un mot cet univers entier que nous avons si laborieusement construit et coordonné bien ou mal pendant 40 ans dans notre intelligence, une telle doctrine, eût-elle mille fois raison, ne saurait être appréciée en quelques heures et à la lecture d'un livre. L'épaisseur d'un volume ne suffit pas à jeter un pont entre deux mondes. Il faut du courage et bien des efforts pour arriver, en pareil cas, à cette impartialité dont Descartes donna le précepte, sans avoir pu toujours en être l'exemple ; il faut des faits surtout, des expériences.

« Des expériences ! » dira-t-on peut-être autour de vous ; « mais en faire sur des données si inconvenantes et avec des agens si bizarres, n'est-ce pas déjà rendre à l'homœopathie une sorte d'hommage et en quelque sorte la reconnaître ? Or, quand nos plus illustres confrères, professeurs, écrivains, praticiens en faveur, croiraient déroger en risquant le moindre essai de ce genre, quand, en face du choléra lui-même, le traitement homœopathique a été, de tous les traitemens de l'univers, le seul que, dans leurs dissensions, ils aient, à l'unanimité, refusé de tenter, pouvons-nous avoir moins de dignité qu'eux, et hasarder une épreuve dont l'idée seule est frappée de leur réprobation ? »

Il est vrai, mon cher confrère, que tous ces illustres ont fait preuve d'une rare outrecuidance en repoussant avec dédain, même dans une situation désespérée, l'essai, le simple essai d'une méthode inoffensive, dont le sage Laënnec, alors même qu'il la connaissait bien peu, et quand rien ne pressait, ne crut pouvoir abandonner les traces qu'après l'avoir longtemps soumise à d'inutiles épreuves ; une doctrine que les gouvernemens les plus circonspects et les plus parcimonieux ont voulu faire examiner authentiquement et à grands frais à Pétersbourg, à Vienne, à Berlin, pays où, mieux connue, elle doit, si elle est absurde, être plus absurde, plus indigne d'examen que partout ailleurs. Laissons donc nos habiles faire les habiles, ne nous croyons point obligés de le porter plus haut que les monarques du Nord, et bornons-nous à être tout simplement des amis indépendans et sincères de la vérité, à être des hommes de bien, dans notre sphère, comme le fut *Laënnec* parmi les hommes éminens. Munis des données indispensables dont il était dépourvu, faisons les expériences qu'il a voulu faire, et espérons que nos résultats seront plus concluans que les siens.

Si je vous connaissais moins, mon cher confrère, je pourrais vous proposer un autre moyen de vérifier, d'utiliser ce que l'homœopathie peut avoir de bon, sans vous abaisser jusqu'à elle, sans vous commettre avec ses atomes, sans cesser d'être, en un mot, de la tête aux pieds, et dans toute la dignité classique, un médecin de la vieille roche. Ce moyen le voici :

L'homœopathie proclame des idées qui paraissent blesser plus ou moins les lois de la thérapeutique vulgaire ; c'est le *traitement par les semblables* et la *puissance des atômes*.

Or, le premier rentre évidemment dans l'antique patrimoine de l'art, par le *vomitus vomitu curatur* et par cent autres portes familières à la médecine et surtout à la chirurgie.

L'école régnante est donc bien en droit de se demander aujourd'hui, comme cent ans plus tôt ou cent ans plus tard, jusqu'à quel point peut s'étendre l'application d'une loi qu'elle a acceptée de tout temps pour bien des faits isolés, mais dont elle n'a pas encore cherché à préciser toute la portée.

Voilà certainement une belle et grande question soulevée, agitée, éclairée peut-être par l'homœopathie, une question qu'il nous importe et qu'il nous appartient d'approfondir, quelque que soit la main qui l'ait signalée à notre attention.

Ce droit et ce besoin, indifférens à l'essaim bourdonnant et paresseux des contempteurs vulgaires de l'homœopathie, sont déjà profondément sentis par des praticiens sages, mais trop rares, de l'ancienne école. Ainsi, pour mentionner un nom qui nous dispense largement de toute autre citation, le Dr Viricel a traité récemment avec le plus grand succès des dysuries très douloureuses par une goutte de teinture de cantharides dans un pot d'infusion de fleurs de mauve, une constipation habituelle avec 2/5 de grain d'acétate de plomb, plusieurs colites avec quelques grains de sel neutre et presque des atomes d'aloës. Est-il bien facile de prévoir le terme où s'arrêtera, dans une telle route, un observateur de ce caractère et de ce talent ? Voilà certes de la bonne et légitime expérimentation qu'aucun des oracles du jour n'oserait désavouer. Médecins allopathes, vos dédains pour l'homœopathie iraient-ils jusqu'à vous faire craindre d'imiter un des praticiens dont votre école doit le plus s'enorgueillir ?

Ce n'est pas tout. De telles expériences, d'un grand intérêt sans doute en elles-mêmes, resteraient emprisonnées dans une enceinte bien étroite, tant qu'on n'aura pas, pour les faire, d'autre guide que la vieille matière médicale. Or l'homœopathie vient encore ici fournir avec allopathes un secours inespéré ; il est de bonne prise, et il ne tient qu'à eux d'en profiter.

Vous savez en effet, mon cher confrère, que Hahnemann et ses disciples ont déjà constaté l'action pathogénétique de plus de 150 médicamens éprouvés sur l'homme sain. Cette matière médicale pure, de quelque perfectionnement qu'elle soit susceptible, n'en est pas moins, il faut bien l'avouer, un monument sans exemple dans l'art ; tout le gâchis de la vieille thérapeutique n'a jamais rien produit qui en approche. Eh bien, malgré le scandale de leurs atomes, ne pourrait-on faire aux créateurs de ce trésor l'honneur d'y puiser à pleines mains, pour multiplier indéfiniment les expériences sur la loi des semblables ? et même pour la loi des contraires, cette matière médicale pure ne devrait-elle pas être aussi un arsenal précieux ?

Voilà, mon cher confrère, une large route qui, sans vous

brouiller avec la médecine dominante, pourra vous conduire au but de vos désirs, et peut-être vous mener un peu plus loin que vous ne pensez, surtout par les précautions et les soins que vous ne manquerez pas d'y apporter.

Il est certain, par exemple, qu'après avoir pris le parti, sinon *rationnel*, au moins raisonnable, de n'essayer qu'un médicament à la fois, vous ne donniez la plus grande attention à la manière dont il sera préparé. Vos poudres subiront sans doute une longue trituration, conseil banal que l'on néglige souvent, mais que des expériences délicates comme les nôtres rendront indispensable. Qui sait ensuite jusqu'où vous apprendrez à pousser cette précaution, et quel degré d'importance vous finirez par lui donner?

Il est également sûr que pour interroger la loi des semblables dans son application, vous commencerez d'abord par les plus faibles doses d'usage; mais comme il vous arrivera probablement quelquefois de les trouver encore un peu fortes, et que nulle tradition classique ne défend de les couper en deux, en quatre, en six, vous essaierez de les réduire ainsi, et puis peut-être encore une fois, et même un autre fois encore.... Jusqu'où arriverez-vous par de telles gradations? Qui sait? jusqu'aux atomes? Le Ciel vous en préserve! Il n'est point question de cela, puisque tant de gens habiles ont déclaré la chose impossible, eux qui le savent bien. Marchez droit devant vous, vous arriverez où l'expérience vous conduira; nous verrons assez.

La marche dont je vous parle est tout simplement, comme vous voyez, la méthode des inventeurs; elle fait retrouver longuement et péniblement ce qu'un autre a déjà trouvé. Mais s'il n'y a rien ici, si Hahnemann s'abuse en croyant y avoir découvert quelque chose, vous perdriez à le poursuivre dans le vide un temps précieux; si, au contraire, Hahnemann a rencontré toute l'homœopathie dans cette voie, vous regretteriez vivement, au bout de la carrière, d'avoir cherché par tant de tâtonnemens et d'efforts ce qui était si largement, si complètement connu avant vous.

Ainsi, de toute manière, bien que cette méthode puisse flatter l'orgueil de certains esprits faibles ou s'accommoder à la force de quelques esprits supérieurs, il me semble que, tout calculé, vous aimerez mieux, pour votre compte, vérifier bonnement et tout d'un coup l'homœopathie dans ses derniers résultats, que de chercher pendant vingt ans s'il a été possible de la faire.

Il est bien vrai que ceci nous ramène aux atomes; mais puisque vous avez eu le courage de guérir des maladies mortelles avec les doses colossales d'émétique et d'extraits vireux de l'école italienne, alors que toute la médecine française ne voyait dans ce procédé qu'un empoisonnement effroyable, je ne doute point que vous n'acceptiez l'essai des atomes avec le même esprit philosophique, la même indépendance d'opinion; l'épreuve d'ailleurs ne sera pas longue.

Il ne s'agit, au bout du compte, que de constater, même par un seul fait, s'il pouvait être irrécusable, la puissance curative ou non d'une dose infinitésimale. Là est en effet tout l'incroyable, tout l'absurde; or, si l'homœopathie est vraie, vous ne sauriez tarder, en le cherchant bien, à rencontrer au moins un de ces faits concluans; si, au contraire, elle est fausse, vous pourrez sans doute répéter inutilement plus d'une épreuve, afin de vous assurer que leur insuccès vient de la doctrine et non de votre inexpérience, mais tout cela ne saurait, en définitive, vous entraîner bien loin. Alors votre esprit investigateur reviendra naturellement vers l'autre problème dont je vous ai parlé, et cherchera comment des suppositions gratuites, dont vous aurez si aisément détruit le prestige, peuvent abuser tant d'observateurs; vous viendrez alors, médecin philanthrope, au secours des homœopathistes et des homœopathisés, pauvres cervelles que l'on bernerait volontiers, mais dont personne ne songe à étudier le mal pour le guérir. Il y a donc de toute manière, en vous humanisant avec les atomes, des vérités à découvrir et des bienfaits à répandre; vous n'êtes pas homme à balancer.

Privé de médicamens homœopathiques, vous craindrez peut-être de trouver quelque embarras à vous en procurer; rien n'est cependant plus facile.

D'abord, vous pouvez tout simplement essayer quelques médicamens ordinaires de vos pharmacies, en les fractionnant. Bigel se servait ainsi d'une très légère infusion d'arnica; il mit deux gouttes de teinture de Betoucheff dans quatre onces d'eau, pour n'en donner qu'une seule cuillerée à café; une autre fois il administra un vingtième de grain d'ipécacuanha; et ces essais grossiers lui montrèrent des résultats bien positifs.

Ce premier moyen peut, à défaut d'autre, servir dans beaucoup d'expériences et suffire même à votre conviction: mais il est peut-être souvent infidèle et fautif. D'ailleurs les dilutions étendues, les triturations prolongées, auxquelles toute l'école de Hahnemann donne la plus grande importance manquent à ce genre de préparations, et vraisemblablement vous jugerez à propos de n'y recourir que comme à un provisoire très passager, et quand des circonstances particulières vous y réduiront.

Un meilleur moyen serait sans doute de préparer vous-même les substances que vous voudrez éprouver. L'Organon, édition de Jourdan, le Traitement du choléra, à la suite de la lettre aux médecins français, du docteur Des Guidi, l'Examen de Bigel, et surtout l'intéressant Mémoire du docteur Dufresne sur ses premières expériences (*Bib. hom.* n° 1), vous donneront ici tous les documens dont vous pourriez avoir besoin.

Le chose est toutefois plus délicate qu'on ne le pense communément; il faut être bien sûr de la substance qu'on choisit, de son espèce, de son intégrité, de sa pureté; il faut être bien sûr de tous les instrumens dont on se sert, de toutes les circonstances qui peuvent influer sur l'opération, et de la ponctualité sévère avec laquelle on pourra, sans méprise et sans distraction, se conformer à toutes les conditions exigées. Manquer d'une seule de ces garanties, quelque subtile ou quelque frivole qu'elle vous paraisse, c'est faire des expériences pour votre compte; ce n'est point vérifier celles de Hahnemann, chose qu'oublie trop facilement plus d'un prétendu expérimentateur. Le plus sûr, comme le plus facile et le plus prompt, sera de vous procurer des médicamens homœopathiques tout prêts à être administrés.

Outre ceux que j'aurai toujours à votre disposition, et dont je vous envoie un petit assortiment, il est bon de vous dire que MM. les pharmaciens, Pelletier de Lyon, Pétroz de

Paris, s'occupent de ces préparations avec un plein succès, et peuvent en fournir partout.

Pourvu de médicamens, vous aimerez sans doute à faire sur vous-même vos premiers essais, comme il est prudent et convenable à tous égards.

Cette idée vous fait sourire, car, si vous n'osez plus regarder tout-à-fait comme une absurdité la puissance médicale des atomes, au moins n'est-ce qu'à la faveur des susceptibilités vitales, indéfiniment exaltées chez les malades, que vous vous rendez de cette puissance une sorte de compte et, qu'à toute rigueur, elle vous paraît possible. Mais chez l'homme sain !

L'homme parfaitement sain n'exista peut-être jamais ; l'homme le plus sain a d'ailleurs quelquefois une susceptibilité prodigieuse, à l'égard de certains agens, et souvent même à son insu, jusqu'à l'épreuve. Tel qui digère du fer est mis à l'agonie pour s'être servi d'une cuiller qui a touché du poisson, pour avoir, sans le reconnaître, mangé un peu de fromage ou d'écorce d'orange.

Ces considérations pourront vous autoriser à essayer sur vous-même quelques globules homœopathiques, sans approfondir autrement la question pour le moment. Je vous invite à commencer par les plus faibles doses, quelque ridicule que puisse vous paraître ce conseil. Le docteur Dufresne, dans le mémoire cité, vous apprendra comment il fut puni pour avoir traité un peu cavalièrement un centième de grain d'opium.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'il ne faut employer qu'une substance à la fois, et ne lui en substituer une autre que, lorsqu'au bout de quelques jours, la première n'a point manifesté ou ne manifeste plus d'action.

Si vous prenez donc un ou deux globules, avec toutes les précautions diététiques requises, il est possible que cette substance étrangère à vos susceptibilités spéciales et aux troubles inaperçus de votre santé, vous semble entièrement inactive ; mais il peut arriver aussi qu'à raison de leur nature et de vos dispositions propres, ces globules vous causent divers dérangemens sans conséquence : maux de tête variés, quelquefois bizarres ; somnolence surtout, et insomnie ; diarrhée ; constipation ; démangeaison ; douleurs articulaires ; morosité, etc. Il peut très bien arriver que certains globules vous frappent d'un goût particulier ; toutes circonstances qui, rencontrées plus tôt ou plus tard, dans une série d'épreuves, pourront vous donner à réfléchir sur le pouvoir d'un millionième de grain. La noix vomique, l'aconit, le lycopode, la calcarea carbonica, le soufre, le camphre, le charbon végétal, sont les substances que j'ai vu, en pareil cas, manifester le plus communément leur puissance.

A ces premières épreuves, diversement variées, qui pourront vous étonner par leurs résultats, mais qui peuvent aussi ne rien vous montrer d'appréciable ou de concluant, vous ferez bientôt succéder des essais plus sérieux et plus décisifs dans votre pratique médicale.

Il n'est pas rare de voir des gens qui, après avoir démontré dans un salon la nullité de vos médicamens, vont les dénoncer comme des poisons dans un autre. Vous sentez bien que nous n'avons rien à dire à des hommes de cette force ; mais vous, mon cher confrère, qui doutez du pouvoir des doses infinitésimales, vous avez le droit de ne les essayer qu'avec une grande circonspection.

Permettez-moi seulement de vous rappeler que, praticien consommé comme vous l'êtes, et ayant fait mille expériences avec l'émétique, le sublimé, l'opium, souvent à des doses inconnues jusque-là, vous ne serez probablement pas plus méticuleux en essayant des remèdes contre lesquels aucun cri de danger ne s'est élevé sérieusement nulle part. Que si vous pouvez réellement croire périlleuses les tentatives dont nous parlons, ce serait pour vous un motif de redoubler de prudence en les faisant, mais ce serait aussi l'ordre le plus impérieux de le faire. On mérite le blâme d'une honteuse indolence en négligeant l'étude d'un médicament nouveau, mais on est complice de l'empoisonnement quand, sans les examiner et les signaler, on laisse avec insouciance de nouveaux poisons se répandre dans la société.

Vous ferez donc très certainement des expériences au lit du malade ; et, comme pour toutes vos expériences précédentes, vous n'en trouverez que trop d'occasions légitimes, soit dans les cas où le traitement ordinaire n'a rien de pressé et peut comporter des tentatives même infructueuses de quelques heures ou de quelques jours, soit dans ces cas malheureux où toutes les ressources sont épuisées, et où le triomphe du mal est certain.

Permises dans la première de ces circonstances, elles sont un rigoureux devoir dans la seconde. Partout où le péril est certain, hésiterez-vous un instant d'employer une méthode inoffensive, dont l'oubli pourrait, un peu plus tard, vous remplir de regrets amers?

Paris nous donne à cet égard une triste leçon ; que du moins elle ne soit pas perdue ! L'effroyable triomphe du choléra dans cette capitale y mettait les médecins désorientés dans l'obligation de tout oser. Par quel vaniteux prestige, après avoir, en effet, osé tout le reste, n'ont-ils reculé que devant le ridicule de l'homœopathie, de l'homœopathie qui, au milieu d'eux et dans les mains du docteur Quin, sauvait des hommes ; de l'homœopathie qui devait bientôt couvrir le docteur Mabit et la ville de Bordeaux de la plus durable, de la plus pure de toutes les gloires?

Je n'ai garde, mon cher confrère, de vouloir rappeler à un praticien tel que vous la marche que vous aurez à suivre dans un essai de clinique, mais vous me permettrez bien de vous signaler quelques-uns des accidens les plus ordinaires, où le choix du remède homœopathique est le plus facile, et qui, en vous offrant l'occasion d'un premier succès, pourront vous conduire à l'adoption, et, par conséquent, à l'étude approfondie de la nouvelle doctrine.

Les vomissemens, si communs chez les femmes enceintes, céderont souvent à un globule d'ipécacuanha (je parle toujours ici des divisions les plus élevées), seul, ou répété deux ou trois jours de suite.

La belladone réussira fréquemment dans des amygdalites ordinaires, avec gonflement des glandes cervicales, raideur du cou, etc.

L'état inflammatoire tombera souvent devant deux globules d'aconit, répétés deux, trois, quatre, cinq fois, toutes les six, douze, quinze heures. La fièvre ainsi calmée, dans une pleurésie, une dose de bryone, quelquefois de scille, suffira, le plus souvent, pour enlever le point de côté.

Un globule de cina peut arrêter les malaises variés des enfans vermineux, surtout avec vomissemens d'alimens non digérés, à heure fixe et sans perte d'appétit, ou même avec beaucoup de faim.

La douce-amère peut arrêter en un, deux ou trois jours, toutes les suites d'un coup de froid; la camomille, en quelques heures, les suites d'un accès de colère. La camomille est précieuse contre diverses diarrhées de la dentition, surtout quand l'enfant est agité, inquiet.

Le camphre, l'opium font souvent cesser une constipation opiniâtre.

La noix vomique, la bryone, l'ignatia, la belladone, la pulsatille, seules ou tour à tour employées, font souvent des merveilles contre les gastrites et les gastralgies.

Ces indications générales, je ne saurais assez vous le dire, sont vagues et barbares; l'homœopathie ne les reconnaît point. Mais vous ne pouvez étudier l'homœopathie sans y croire, et vous ne pouvez y croire qu'en trouvant un peu au hasard quelques faits heureux qui vous parlent pour elle. J'ai dû vous indiquer plusieurs circonstances où votre main, encore inexpérimentée, risquera moins souvent de frapper à faux. Vous ne doutez pas néanmoins que cela ne vous arrive plus d'une fois, et bien des fois peut-être; mais à défaut d'un prompt et facile succès, je sais bien que vous ne vous presserez pas d'accuser un art dont les indications, les instrumens et les exigences, ne vous sont point encore familiers; car vous savez trop que depuis Hippocrate, l'*experimentum difficile* n'a point encore changé de nature en faveur de personne, et que tous les jours les plus habiles commencent par répéter très mal les plus simples expériences d'autrui.

Arrêtons-nous, mon cher confrère; les longueurs de cette lettre nous rappelleront peut-être un peu trop les causeries interminables de notre jeunesse, de l'heureux temps où, aux cours de Pinel et de Bichat, à la clinique de cet excellent Recamier, dont les précieuses leçons et les bontés vous sont, comme à moi, toujours présentes, nous aimions à pressentir, à la voix de ces novateurs intrépides et puissans, les hautes destinées et l'avenir indéfini de la science, à braver pour elle et les sarcasmes de la routine et l'anathème des habitudes, à nous aguerrir contre la tyrannie des préjugés de l'ignorance, des préjugés du savoir, et à nous pénétrer d'un respect éternel pour l'autorité des chosse, quels que pussent en être jamais les détracteurs et les apôtres. Cette franche allure, cette noble conscience du jeune âge, applaudissons-nous, mon ami, de l'avoir conservée toujours. Que de triomphes éphémères elle nous a laissé voir en pitié, et dans combien de défaites apparentes elle nous a permis de reconnaître la bonne cause, et de prévoir l'éclat d'un prochain triomphe! Vous souvenez-vous avec indifférence du temps où la médecine française ne voulait voir encore qu'un triste cimetière dans les phlegmasies chroniques de Broussais, quand depuis plusieurs années cet excellent livre était devenu le manuel de notre clinique et nous rendait les services les plus éminens! Non, ni vous ni moi, nous n'avons attendu la haute et dévorante renommée du nouveau chef pour le comprendre; nous avions reconnu le sceau du vrai dans l'ouvrage humilié de Broussais; un scalpel et quelques autopsies avaient fait le reste; expérimentation bien facile et bien simple, à laquelle tant d'autres ne se résignèrent que huit ans plus trad.

Pourquoi donc cette puissance éternelle, immuable, invincible, l'autorité des choses, n'est-elle invoquée qu'à chaque nouvel avènement? Comment n'est-elle guère dans les mains du novateur le plus généreux qu'un levier pour ébranler le pouvoir dont le temps est échu? Et pourquoi le vainqueur laisse-t-il toujours ce levier retomber dans la poussière, jusqu'à ce qu'une autre puissance l'en retire, pour l'abandonner à son tour après s'en être servi? Pourquoi faut-il que les grands chefs, après avoir étonné le monde par la noble audace de leur allure, soient condamnés presque toujours, Prométhées de bienfaits et de malheur, à finir cloués sur le roc où leur main glorieuse fit descendre un rayon du ciel? —Pourquoi? la Providence le sait. Mais, mon ami, ne serait-ce point en partie pour faire bénir son modeste partage à l'homme des rangs moins élevés? Quel lot, mon cher confrère, peut-on envier, en effet, lorsque, comme vous et moi, paisibles et heureux amis de tous les progrès, on a, sinon la gloire d'y coopérer avec éclat, du moins le bonheur de les saluer tous et toujours des acclamations d'un esprit et d'un cœur éternellement jeunes de bonne foi, de désintéressement et d'indépendance?

Pardon, encore une fois, mon cher confrère, j'oublie véritablement beaucoup trop que nous ne devons plus être des écoliers babillards comme à la clinique de Recamier et aux leçons de Bichat.

Agréez, etc.

DESSAIX, *docteur-médecin.*

THÉRAPEUTIQUE.

(*Deuxième article.*)

MALADIES FÉBRILES.

—

IVe *forme. Fièvre muqueuse* (*dothinentérite*).

Cette variété des gastro-entérites est caractérisée par l'engorgement et l'ulcération des follicules agminés (glandes de Peyer et de Brunner), qui tapissent certaines portions des membranes muqueuses, et surtout celle de l'iléon. Elle affecte de préférence les sujets mous et lymphatiques, et se montre le plus ordinairement dans les climats et les saisons humides. C'est la maladie muqueuse de Rœderer et Wagler, c'est la bilieuse de Tissot, la gastro-adynamique de Pinel, etc.

Ses prodrômes ne diffèrent de ceux des fièvres précédentes que par la lenteur de leur marche. A cette époque, on peut faire avorter la maladie par une dose de *pulsatilla*, de *merc.* ou de *dulcam.*

Pulsatilla 24^{00} conviendra surtout chez les sujets faibles, sensibles, à constitution lymphatique, surtout si le malade est d'humeur chagrine, s'il y a exacerbation le soir, avec frissonnemens fréquens; sentiment de brisure générale; som-

meil inquiet, interrompu; tête pesante; face pâle et blême; langue couverte d'un enduit muqueux; bouche fade, pâteuse; anorrexie; peu de soif; nausées, vomissemens glaireux; déjections de glaires jaunâtres; diarrhée nocturne; urines sédimenteuses.

Si, en regard de ces symptômes extraits de la matière médicale pure, on plaçait ceux de la fièvre muqueuse, ne serait-ce pas une répétition?

Voyons parmi les effets pathogénétiques du mercure, ceux qui ont rapport à la maladie qui nous occupe.

Mercur. 24°°. Prostration des forces; brisure des membres; inquiétude, surtout le soir; sommeil pénible, troublé par des rêves fatigans; frissons la nuit; indifférence pour tout ce qui intéressait; mauvaise humeur; dégoût de la vie; vertiges; tête lourde, embarrassée, serrée; visage pâle, terreux, jaunâtre; yeux abattus, troublés; bourdonnemens d'oreilles, dureté de l'ouïe; langue couverte d'un enduit blanchâtre, semblable à un morceau de lard; aphtes à la gorge et dans la bouche; goût amer, pâteux; renvois aigres; nausées; vomissemens bilieux; sentiment d'oppression, de pesanteur à la région de l'estomac; tenesme; selles muqueuses, verdâtres, mêlées de vers; urines troubles, glaireuses.

Dulcam. 24°°. Lassitude; sommeil inquiet; frissons le soir; crachottemens de salive savonneuse; rapports insipides, inodores; nausées; vomissemens glaireux; constriction à l'épigastre; dévoiement muqueux, quelquefois bilieux; urines troubles, glaireuses; courbature générale.

Une de ces trois substances, disons-nous, peut suffire pour faire avorter la fièvre muqueuse dans ses prodrômes. Le *mercure* sera préférable s'il y a une tendance à la jaunisse, et la *dulcam.* si la cause est certainement un coup de froid.

La fièvre est-elle bien établie et les prodrômes écoulés?

Digitalis 30° conviendra surtout quand la chute de vitalité est grande, le pouls lent, avec pression et plénitude à l'épigastre; persistance du dégoût; malaise et vomissemens; sommeil léger, inquiet; frissons avec chaleur intérieure; hébêtement; stupéfaction du regard; indifférence alternant avec envies de pleurer; pâleur de la face; constriction frontale; yeux ternes, troubles; salivation abondante, tantôt acide, tantôt salée, quelquefois fétide; selles diarrhéiques, muqueuses, avec colique.

Il peut se présenter des cas indiquant le choix d'un des remèdes suivans: *bryonia, ipéca., rheum, chamom., spigelia, cina, acid. sulf., arsen., china, rhus.* Un coup d'œil sur les symptômes propres à ces substances.

Bryonia. Faiblesse; abattement; brisure; sommeil inquiet, difficile; frissons alternant avec une chaleur inégale; lenteur dans les idées; absence de mémoire; pâleur; enflure de la face; goût fade, pâteux, amer; plénitude; rapports aigres, amers; nausées, vomituritions aqueuses, glaireuses; crampes épigastriques; douleurs dans les hypocondres; flatulence; borborygmes; constipation suivie de colique et de diarrhée.

Ipécac. Brisure des os; sommeil inquiet, avec gémissemens; soubresauts des tendons; froid général; frissons prolongés; pâleur de la face; cercle livide autour des yeux; salivation; défaut de soif; bouche fade; lèvres couvertes d'aphtes; nausées; rapports; vomissemens copieux de glaires jaunes ou verdâtres; douleurs pongitives à l'épigastre; sensation de vide dans l'estomac, anorrexie; élancemens dans les hypocondres; coliques; pincement dans le ventre; selles liquides, vertes, mousseuses, infectes; urines rares, sédimenteuses, briquetées.

Rheum. Lassitude générale; faiblesse; sommeil fatigant; frissons; alternatives de froid et de chaud; humeur tranquille, indifférente; hébétude; vertiges; trouble de la vue; yeux ternes; goût amer; anorrexie; plénitude de l'estomac; nausées; points à l'épigastre; flatuosités douloureuses; selles avec tranchées.

Chamom. Faiblesse générale; somnolence le jour; insomnie la nuit; rêves pénibles; soubresauts; frissons partiels sans froid à la peau; indifférence; perceptions obtuses; distractions; céphalalgie; vue trouble; goût pâteux, aigre, amer; haleine fétide; dégoût; rapports, nausées, vomituritions; pression à l'épigastre et aux hypocondres; crampes de l'estomac; flatuosités; coliques; borborygmes; selles muqueuses, aqueuses, verdâtres; urines sédimenteuses.

Spigelia. Pesanteur; fatigue; disposition aux vertiges; froid du corps; peu de soif; tristesse; découragement; faiblesse de mémoire; tête embarrassée; larmoiement; yeux mornes, ternes, hagards; visage gonflé, pâle, défait; bourdonnemens d'oreilles; langue fendillée; bouche remplie de mucosités blanches ou jaunâtres; dégoût; renvois le plus souvent inodores; poids à l'épigastre et au bas-ventre; selles muqueuses; urines avec sédiment blanchâtre.

Cina. Soir et matin somnolence; insomnie la nuit; aucune place n'est bonne au lit; disposition aux larmes; caprices; face blême, abattue; rapports; nausées; tranchées; coliques; urines troubles; respiration courte; douleur des reins.

Belladone. Indifférence; tristesse; horreur du mouvement et du travail; mal de tête; pesanteur sur les yeux; amertume de la bouche; dégoût des alimens; bouche pâteuse; renvois; nausées; soulèvement et crampes d'estomac; absence de soif; tranchées intestinales; sensibilité extrême de tout le ventre; flatuosités; borborygmes; selles liquides; tenesme; urines épaisses, sédimenteuses.

Acide sulfur. Abattement; sentiment illusoire de tremblement; frissons; humeur chagrine, craintive; céphalalgie; bourdonnemens d'oreilles; bouche sèche; salivation; mucosités qui provoquent le vomissement; goût nauséeux; aphtes dans la bouche; constriction de l'épigastre donnant de l'oppression; soda; sensibilité du creux de l'estomac; selles aqueuses, muqueuses, molles, blanchâtres, verdâtres, jaunâtres, safranées; quelquefois ce ne sont que des glaires sanguinolentes; leucorrhée glaireuse; mucosités qui obstruent la trachée artère; douleur lombaire.

Arsen. Malaise général; tous les membres sont douloureux; peau très sensible; fatigue; faiblesse extrême; tremblement des extrémités; amaigrissement; sommeil inquiet; soubresauts, rêves fatigans; frisson irrégulier, partiel ou général, alternant avec la chaleur, mais sans soif; inquiétude surtout le soir, irrésolution, diminution de la mémoire; face décomposée; aphthes; pustules aux lèvres; nausées; poids à l'épigastre; tranchées; ballonnement du ventre; diarrhée; brûlure à l'anus; tenesme; selles glaireuses, sui-

vies de grande débilité; poitrine serrée; respiration difficile.

China. Horreur du mouvement; pesanteur et douleur articulaire; faiblesse générale; sommeil inquiet; indifférence; frisson et tremblement de tout le corps, suivi de chaleur; soif nulle pendant le frisson et la chaleur, intense pendant la sueur; pression au front, pâleur de la face, yeux enfoncés, cernés de bleu; langue saburrale; goût pâteux, fade, salé ou amer; dégoût; nausées; vomissemens; plénitude; poids à l'estomac; borborygmes; coliques; gonflement douloureux du bas-ventre; déjection de matières blanchâtres, jaunâtres, bilieuses; urines difficiles, rares, pâles, avec sédiment blanc ou briqueté; enrouement et obstruction des bronches par des mucosités.

Rhus. Tiraillemens dans les membres; raideur des articulations; frissons suivis de chaleur; tristesse; morosité; chute des forces; tremblemens; mémoire fugace; douleur de pression au front et aux tempes; salivation abondante; gorge remplie de mucosités; goût amer, cuivré, pâteux; défaut d'appétit; rapports; nausées; crampes à l'estomac; selles aqueuses, écumantes, sanguinolentes; urines fréquentes, troubles, avec sédiment blanc; écoulement muqueux par les narines; oppression, constriction de la poitrine.

Le médecin homœopathiste devra avoir égard aux complications dans le choix qu'il fera d'une des substances énumérées; ainsi, s'il y avait tendance aux éruptions cutanées, il opterait de préférence en faveur d'*ipécac.*, *bryon.* ou *bellad.*

S'il y avait érysipèle, *rhus*. Grande faiblesse avec fongosités à la bouche, *arsen.*, etc., etc.

Hartmann considère l'*acide sulf.* comme plus convenable dans la fièvre muqueuse ordinaire, et la *bellad.* dans la *fièvre muqueuse lente nerveuse.*

Observation de fièvre muqueuse compliquée.

Mlle Cl. J., 21 ans, constitution moyenne, pâle, brune, contracte, au printemps de 1832, une maladie aiguë, qui est traitée par les moyens ordinaires les mieux appropriés, sans pouvoir être maîtrisée. Malgré saignées générales et locales, cataplasmes, sinapismes, exutoires, potions de tous genres, les accidens s'aggravent, la malade parvient à un marasme effrayant, et l'on s'attend à une très prochaine catastrophe lorsque je suis convoqué en consultation le 7 mai 1832, deux mois après l'invasion de la maladie, dont voici l'état actuel. — *Tableau de la maladie.* Marasme, décubitus dorsal, face grippée, pupilles dilatées, yeux convulsés en haut; tête renversée; grincemens de dents; langue couverte d'un enduit blanc, très épais, les bords sont rouges et couverts d'aphtes, ainsi que le palais et les parois buccales; salivation abondante; pouls inégal, filiforme et précipité; peau sèche, chaude; abdomen tendu, douloureux partout au toucher; déjections liquides, glaireuses; la malade contracte de temps en temps les cuisses sur le bassin, et les deux bras se portent convulsivement vers la tête, avec une espèce de cri aigu qui revient d'une manière périodique; pendant ce mouvement accompagné de ce cri, la pupille paraît se dilater davantage; urines rares et floconneuses; pas de soif; impatience, agitation, surtout la nuit; petite toux sèche et douloureuse; la malade est presque sans connaissance; il existe encore un large cautère vers la nuque et plusieurs vésicatoires. Une situation aussi désespérée ne permettait pas d'espérer un grand secours des médicamens homœopathiques; mais il fallut céder aux instances de la famille, et il fut bien convenu qu'on ne les employait qu'en désespoir de cause; les potions, vésicatoires et cataplasmes préalablement écartés, l'on donna ce jour-là *aconit* 24e, qui fut sans action aucune contre l'espèce de fièvre hectique qui dévorait la malade.

Le lendemain, 8. — Les symptômes ci-dessus firent choisir *belladona* 30e. L'exacerbation fut légère et la nuit meilleure.

Le 9. — Moins de grincemens de dents, de mouvemens convulsifs et de cris, pupilles moins dilatées; la malade a plus de connaissance; elle parle, se plaint surtout de son ventre. On lui permet de l'eau sucrée et du bouillon léger.

Les 10 et 11. — L'amélioration se prononce davantage, surtout pour ce qui concerne la complication cérébrale; l'abdomen est dans le même état; la salivation persiste; les aphtes sont abondantes et très douloureuses.

Le 12. — *Mercur. sol.* 12e, peu de changement.

Le 13. — Salivation diminuée, aphtes plus rouges et moins douloureuses, amélioration sensible dans l'état général de la maladie; les selles glaireuses ont cessé, l'urine est plus abondante, la peau moite; le pouls commence à se ralentir et à s'élargir.

Les 14, 15 et 16. — Mieux progressif, cependant encore, douleurs abdominales, augmentant par le toucher; constipation; langue rouge et saburrale, sans aphtes ni salivation. *Nux vomica* 30e provoque quelques coliques dans la journée.

Le 18. — Mieux prononcé, la langue se dépouille, le pouls se dilate de plus en plus, la face est épanouie, l'abdomen souple, appétit. Soupe légère, eau sucrée.

Le 20. — Selle naturelle. En moins de dix jours la malade fut sur ses jambes et l'embonpoint revint peu à peu. Je la revis quelque temps après fraîche et grasse, et me certifiant que de tous les maux qu'elle avait dus à l'ancienne médecine, celui qu'elle pouvait le moins lui pardonner, c'était l'énorme trace que la pierre à cautère avait laissée à son cou.

Ve *forme. Fièvre vermineuse.*

Gastro-entérite avec complication de présence des vers. Quand il en a été expulsé, leur existence n'est pas douteuse; dans le cas contraire, elle n'est que soupçonnée par les symptômes suivans : dilatation des pupilles; démangeaison aux ailes du nez et à l'anus; haleine forte; odeur aigre; langue blanchâtre, picotée de points rouges; pincemens au nombril; grincement des dents; mouvemens convulsifs; salivations, etc.

Le meilleur moyen serait de changer la constitution qui favorise la production des vers; mais on ne le peut que par un traitement antipsorique, et lorsque l'on est en présence d'accidens aigus, il faut les combattre, avant tout, par les remèdes appropriés; ce qui suffit quelquefois pour guérir la disposition vermineuse, sans avoir recours aux antipso-

riques, parce que la même espèce de vers n'a qu'une durée passagère dans l'économie, après laquelle ils disparaissent d'eux-mêmes.

Les accidens attribués à la présence des vers peuvent coïncider avec les symptômes des fièvres bilieuses, gastriques ou muqueuses, et doivent être traités d'après ces rapports. Nous connaissons donc déjà, en grande partie, les modificateurs auxquels on peut avoir recours; ce sont principalement : *cina, merc., bellad., ignat., ferrum, valeriana, asarum, digit., stram., acon., sabina, stram., verat., marum, filix*, mais surtout contre l'abondance des vers : *cina, merc., bellad., ignat., ferrum*. De peur de nous rendre fastidieux, nous ne rechercherons point, dans la matière médicale pure, les symptômes de toutes ces substances, qui peuvent se comparer aux symptômes vermineux; examinons seulement les dernières, désignées comme étant les principales.

Cina. Mouvemens convulsifs des membres; fièvre quotidienne, avec frisson et tremblement; humeur capricieuse, larmoyante; craintes sans motif; céphalalgie; embarras de la tête; trouble de la vue; dilatation des pupilles; démangeaison des narines; visage pâle, abattu; impossibilité d'avaler; faim canine de suite après le repas; renvois insipides le matin; après le repas, ils rapportent l'odeur des alimens; eaux acide-amères qui remontent à la gorge; vers lombrics rendus par le vomissement et par les garderobes; crampes à l'épigastre; pincemens au scrobicule du cœur, au nombril après le repas; douleur pressante à l'abdomen; borborygmes; prurit à l'anus; selles semblables à de la bouillie, un peu diarrhéiques; urines se troublant aussitôt après qu'elles sont rendues; respiration gênée, courte; accès de toux irréguliers; éternuemens violens; la gorge est pleine de glaires qui font cracher sans cesse; toux sèche le matin; oppression; saccades convulsives des bras et des mains; convulsions épileptiques; insomnies; pendant le sommeil, pleurs, gémissemens, agitation.

Merc. Picotemens dans les membres; tressaillemens des muscles; abattement général; somnolence; jaunisse; sueur au plus léger mouvement; exacerbation des symptômes le soir; inquiétude dans les membres; faiblesse; vertiges; goutte sereine passagère; langue humide et blanche; salivation épaisse, infecte; bouche amère; faim, mais digestion pénible; gonflement du bas-ventre; pincemens et douleurs à l'abdomen, accompagnés de froid; constipation alternant avec selles diarrhéiques, glaireuses, aigres, sanguinolentes, vertes, brunes; démangeaison à l'anus; urine chaude, trouble; toux sèche; oppression; sensibilité au froid.

Bellad. Dilatation des pupilles, obscurcissement de la vue; saignement de nez; amertume de la bouche; soif ardente; nausées; crampes à l'estomac; coliques; constipation; ténesme; selles glaireuses; toux gastrique creuse; horreur du mouvement, du travail; insomnie; rêves effrayans; froid des pieds; frisson, puis chaleur; frayeur; gémissemens; cris.

Ignatia. Vertiges; faiblesse de mémoire; bouche pleine de glaires; goût acide à la bouche; renvois amers; salivation; poids à l'estomac; coliques; borborygmes; démangeaison au nombril; pincemens dans le ventre; ballonnement; selles irrégulières; démangeaisons violentes à l'anus; sortie des acarides par l'anus; urines très variables; catarrhe nasal; toux creuse, sonore; oppression au moment de s'endormir; saccades de tout le corps; agitation nocturne; gémissemens; soupirs en dormant; frayeur.

Ferrum. Obscurcissement de la vue; hémorrhagie nasale; cheveux douloureux au toucher; resserrement à la gorge; vomissemens; pâleur; borborygmes; serrement de poitrine; crampes de l'estomac; goût de pourriture à la bouche; démangeaison rongeante à l'anus; selles glaireuses, mêlées de vers ascarides; insomnie produite par la démangeaison de l'anus; oppression; lassitude des membres; faiblesse générale; sommeil inquiet, agité, rempli de songes; humeur querelleuse, alternatives de gaieté et de tristesse.

Bornons là ces *excerpta* de la *Materia medica*, pour ajouter quelques observations d'après Hartmann. Cet auteur s'est bien trouvé du *stramonium* dans un cas de crampes partielles des muscles abdominaux, avec poussées vaines et douloureuses vers l'anus.

Lorsqu'il y a des convulsions, l'examen le plus attentif doit précéder le choix du remède, souvent alors l'aconit sera utile, puis *chamom., belladona, hyosciam.* ou *stramonium*.

Chez les enfans, dans les cas de coliques avec convulsions, *cicuta virosa* 30e réussit très bien.

Dans le cas de tœnia, quelques globules de *filix* 9e font disparaître les malaises; mais le traitement antipsorique peut seul le détruire en modifiant l'état de l'organisme.

Le prurit excessif de l'anus, avec sensation d'écorchure, cède à *t. sulph.* 30e.

Dans le traitement anti-vermineux, la diète doit être fortifiante, mais il faut éviter les sucreries et les végétaux sucrés.

Première observation de fièvre vermineuse.

Mlle Flora Aubert, galerie Vérododat, à Paris, 19 ans, fraîche, colorée, grasse, tombe malade le 12 février 1833, et présente le tableau suivant : Face gonflée; pupille extrêmement dilatée; douleur frontale; prurit excessivement incommode aux narines; langue blanchâtre, picottée de rouge; odeur acide; renvois aigres; fièvre ardente; pouls plein, dur, à 130 pulsations; abdomen tendu, chaud, douloureux; prostration; cris, pleurs, gémissemens; palpitations; toux vive, revenant par quintes; réveils en sursaut; frayeur; urines rares. Ce jour-là *aconit.* 30e. Deux heures après, aggravation de tous les symptômes, bientôt suivie d'une grande rémission.

Le 13 au matin. — Presque pas de fièvre, mais persistance de presque tous les autres symptômes; la toux, surtout, ressemble à un commencement de coqueluche. *Bellad.* 30e.

Le 14. — Peu de changement. Cependant la pupille s'est resserrée; les quintes de toux sont moins fortes; la nuit a été meilleure. Constipation; tension douloureuse du ventre; plus de fièvre.

Les 15 et 16. — Même état. *Cina* 9e.

Le 17. — Tout a changé; langue nette, face naturelle; la toux a disparu, ainsi que la démangeaison du nez.

Le 18. — Selle naturelle. On ignore s'il s'y trouvait des vers.

Le 20. — Retour de la toux avec caractère convulsif. *Drosera* 30e

Le 21. — Mieux.

Le 22. — Etat normal.

Deuxième observation.

L'enfant R., 3 ans, fort, bien constitué, sujet aux vers, est saisi, le 25 janvier 1833, d'un malaise général, accuse avoir mal au ventre, pleure, crie, gémit, prend des mouvemens convulsifs; sa face alternativement pâlit et rougit, la fièvre se développe et je suis appelé. La peau était chaude, la fièvre assez intense; l'enfant très abattu : je ne pus voir sa langue. Ce même jour, *aconit* 30e.

Le 26 au matin. — Pouls presque normal, meilleur état en général. On répète *aconit* 30e. Dans la journée, le petit malade a une selle qui contient un énorme paquet de lombrics vivans.

Le 27. — Le malade était guéri.

VIe *forme. Fièvre de lait.*

L'homœopathie qui, durant le travail d'un accouchement, peut prévenir ou dissiper des accidens, régulariser, faciliter cette fonction de la femme, soit en arrêtant des congestions, soit en apaisant les douleurs lombaires, en faisant cesser le spasme du col utérin, ou en réveillant l'inertie de cet organe, etc.; l'homœopathie, disons-nous, peut encore rendre les plus éminens services quand l'œuvre de l'enfantement est accomplie; elle est appelée à vaincre, plus sûrement qu'aucune méthode, les accidens variés qui menacent les femmes récemment accouchées; comme : suppressions de lochies, métrite, tranchées, diarrhées, éruptions, anasarque, dysurie, suppression d'urines, crevasses, gerçures, prolapsus, etc.

Du deuxième au quatrième jour après l'accouchement, lorsque tout se passe régulièrement, les seins deviennent le centre d'un mouvement fluxionnaire, qui développe, les premiers jours, une excitation fébrile plus ou moins forte. C'est ce qu'on nomme vulgairement fièvre de lait. Quand ce fluide gonfle paisiblement les seins, et que la malade se propose de nourrir, il faut bien se garder de contrarier la nature dans ses procédés; lorsqu'au contraire, il survient de forts élancemens dans les seins, accompagnés d'une fièvre violente, le rôle du médecin est de modérer l'irritation fébrile, tout en favorisant la sécrétion laiteuse, si l'accouchée a l'intention d'allaiter elle-même son enfant, et en supprimant, dans la circonstance opposée, la formation du lait. Chaque garde-malade a sa recette pour chasser le lait. La plupart des accoucheurs eux-mêmes ne manquent guère de satisfaire à l'usage en prescrivant, quand la fièvre est passée, quelque médicament décoré du nom de *Lactifuge*. Ces moyens sont quelquefois dangereux; il en est d'incendiaires qui disposent les viscères à des inflammations consécutives. Les selles, les sueurs, les urines, sont les voies par lesquelles on cherche à dériver les fluides lactés; on administre, dans ce but, diverses boissons, différens sels qui, adressés à l'estomac, y provoquent toujours un degré d'excitation, lequel, en réagissant par sympathie sur les organes sécréteurs du lait, augmente souvent leur activité et l'abondance du fluide qu'on veut détourner. C'est alors qu'on a recours ordinairement à des drogues plus énergiques, à de violens purgatifs, tels que le *petit-lait de Weiss*, en s'aveuglant sur le danger des effets secondaires de ces révulsions intestinales. C'est, en considérant la chose sous un aspect physiologique, faire naître une maladie (il est vrai, souvent passagère et sans conséquences), pour empêcher une fonction naturelle de s'exécuter.

L'homœopathie possède d'autres ressources plus simples, plus positives, et les met en usage d'une manière très rationelle.

Distinguons d'abord le cas où la nouvelle mère sera nourrice de celui où elle ne doit point l'être. Dans la première hypothèse, il faut bien se garder, quoi qu'il arrive, de donner *pulsatilla*, qui est considéré par les homœopathistes comme un *antilaiteux* par excellence. Mais cette substance convient très bien, s'il s'agit de combattre la fièvre lactée et d'éteindre la sécrétion dans les glandes mammaires lorsque l'accouchée, sacrifiant au monde, transgresse les devoirs de la nature et se prive d'une des plus douces jouissances de la maternité.

Une fièvre modérée paraît nécessaire à la formation du lait, et la douleur légère qui résulte de la distension des mamelles cesse ordinairement par la simple succion; lors donc que la malade doit allaiter, son état exige uniquement quelques soins hygiéniques; mais certaines causes perturbatrices peuvent troubler cette fonction et donner à la fièvre de lait un caractère sérieux qui réclame les secours actifs et éclairés du praticien.

Celui-ci recherchera d'abord quelle cause a pu troubler la marche de la nature, et la connaissance de cette cause influera sur le choix du premier remède. Ainsi:

Y a-t-il eu refroidissement? il n'en faut pas moins combattre l'inflammation, lorsqu'elle domine, par une ou deux doses d'*aconit* 30e, à la distance de quelques heures l'une de l'autre. Après quoi, si le caractère rhumatismal se décèle par des douleurs de poitrine ou de courbature, ajoutées à celle des seins, il prescrira *bryonia* 18e.

Si la douleur du sein l'emporte et que la peau y prenne un aspect érysipélateux, *belladona* 24e sera préférable à *bryonia* dans le cas dont il s'agit.

Le trouble reconnaît-il pour cause une joie excessive? on prescrira *coffea* 2e ou 3e.

A-t-il suivi un accès de colère? *chamomilla* 12e, précédée d'*aconit* si le mouvement du pouls a de la plénitude et de la fréquence.

A-t-il été causé par une frayeur? *opium* 6e.

Y a-t-il eu effroi et colère? *aconit* 24e.

Chagrins, rancune concentrée? *ignatia* 12e ou 15e. S'il s'est développé un état gastrique ou bilieux, ce traitement rentre dans celui des fièvres de ce nom.

Il est une foule d'autres circonstances qui peuvent déranger la sécrétion laiteuse, et sont sources d'indications particulières. De ce nombre sont certaines irrégularités utérines à la suite des couches; par exemple :

1° Il peut y avoir eu contusion des organes de la reproduc-

tion, alors *arnica* 6e rétablit tout dans l'ordre.

2° Les femmes en couche sont sujettes à des douleurs utérines ou coliques, plus vives après un travail trop rapide. Si elles se prolongent au-delà du troisième ou quatrième jour et augmentent avec la montée du lait, elle exigent attention. *Chamom.* 6e ou 12e suffit ordinairement pour les calmer chez les femmes irritables; mais quand il y a contractions de l'abdomen avec déchiremens, cris, convulsions, *coffea* 3e; à ce remède est préférable *pulsatilla* 18e, quand on ne craint pas de nuire à la sécrétion lactée et qu'au lieu d'agitation violente et d'impatience, on remarque chez la femme souffrante de la douceur et de la résignation.

Ces coliques proviennent quelquefois de débilité utérine; il est rare, en ce cas, qu'elles ne soient point accompagnées d'hémorrhagies; celles-ci deviennent l'objet d'indications essentielles.

Un sang noir, épais, visqueux s'écoule-t-il avec des tranchées aiguës, semblables à des coups de couteau lancés dans les parties sexuelles, le bas-ventre, le sacrum? *crocus* 3e.

Le sang vient-il par caillots? *chamom.* 6e ou 12e.

Il est des douleurs qui, lorsqu'on est couché, simulent un besoin d'aller à la garderobe, sensation qui disparaît dès qu'on est sur le vase, et fait place à des souffrances du côté de l'utérus et de la vessie; elles cèdent à *nux.* 30e.

Cette question sera plus approfondie à l'article *métrorrhagie.*

3° Les lochies peuvent être trop fortes, trop faibles ou supprimées; fortes, *chamom.* les modère, surtout si le sang est noir, brun, veineux, en caillots, sortant avec douleurs abdominales, soif et froid des extrémités.

Si l'utérus ne se contracte pas, ne revient pas sur lui-même et reste distendu, Hartmann conseille des frictions sur le ventre, un lavement aiguisé avec du vinaigre et *china* 24e.

Lorsque le sang des lochies tient le milieu entre le rouge et le noir, avec pression continuelle vers la vulve, comme s'il y avait menace de prolapsus utérin, douleurs de déchirement vers le sacrum, etc., c'est *belladona* 24e qui convient. *Ipécac.* 3e, *ignat.* 12e, *nux* 24e, ou 30e *bryonia* trouveront leur place suivant l'occurrence.

4° Les gerçures des mamelons guérissent par *arnica* 6e, sinon par *sulphur.*

5° La stase du lait dans les seins cède au début à *bryonia*, plus tard à *belladona* et *mercur. sol.*; quelquefois elle résiste à ces moyens et nécessite l'emploi des antipsoriques, tels que *conium*, *carbo vegetab.*, *phosphor.* (Voir, pour de plus amples détails, Hartmann, *Thérapie*, vol. 1er, page 88.)

Première observation.

Mme M.... n, rue Neuve à Lyon, 27 ans, blonde, fraîche, brillante de santé et d'un embonpoint remarquable, surtout vers la gorge, avait nourri son premier enfant avec un succès prodigieux. L'abondance du lait chez elle était presque un phénomène. L'époque du sevrage entraîna des souffrances aiguës, des dépôts dans les seins, etc., et l'on parvint avec peine, à l'aide d'une diète sévère, de saignées, de bains, de laxatifs, etc., à réprimer l'activité des organes mammaires.

Enceinte une seconde fois, dans l'hiver de 1830 à 1831, et forcée par des circonstances particulières de renoncer à la satisfaction d'allaiter elle-même cette fois-là, elle me confia les vives appréhensions qu'elle avait au sujet de son lait. Elle fut rassurée par mes paroles et accoucha heureusement le 8 mars suivant. Dès le second jour, après la délivrance, il se développa un mouvement fébrile assez fort, accompagné d'un gonflement douloureux des mamelles et des autres phénomènes de la fièvre de lait.

Le lendemain, troisième jour, à six heures du matin, elle prit *pulsatilla* 24e dil., glob. 2.

La malade n'éprouva certainement aucune sensation, fruit d'une imagination prévenue, car je lui avais annoncé des effets qu'elle devait ressentir au bout d'une heure ou deux, ce qui n'arriva pas. La fièvre alla son train ordinaire, en augmentant d'intensité jusque vers quatre heures de l'après-midi.

Ce ne fut qu'alors, c'est-à-dire dix heures après l'administration de la pulsatille, et lorsque la malade n'y pensait déjà plus, que ce remède manifesta son action. Il y eut une demi-heure d'exacerbation fébrile, pendant laquelle Mme T. crut (ce fut sa propre expression), que ses deux seins allaient s'éclater à force de plénitude. Immédiatement après, suivit un grand calme, une remarquable sédation de la fièvre et l'affaissement des mamelles, où elle ne ressentit plus aucune douleur.

Le jour suivant, quatrième, à ma visite du matin, je trouvai une absence complète de fièvre, la malade paisible, les seins vides et indolens, et les suites de couches plus copieuses que la veille. Je maintins sévèrement le régime homœopathique pendant quelques jours. Le huitième, Mme T. était levée et en parfait état de santé.

Deuxième observation.

Mme G... Z-K...c, à Autun, 36 ans, pâle, teint jaunâtre, souffrant habituellement de migraines et gastralgies, interrompt un traitement homœopathique déjà commencé, parce qu'une grossesse survient pendant l'automne de 1832. N'ayant point l'intention d'allaiter, elle s'enquit de moi des moyens à mettre en usage pour faire passer son lait. Deux doses de *pulsatilla* 24e lui furent laissées d'avance avec invitation d'en prendre une, lorsque la fièvre de lait serait complètement établie. Elle accoucha le 11 mars 1833.

Le 16. — La fièvre survint et s'accrut le 17.

Le 18. — La distension des mamelles était énorme et la fièvre paraissait dans sa plus grande violence; alors le mari de l'accouchée lui fit prendre une des doses de *pulsatilla.*

Les choses se passèrent différemment que chez le sujet de l'observation précédente. Il n'y eut pas d'exacerbation sensible, mais deux heures après avoir pris le remède, la malade sentit son état complètement changé. Un calme profond avait remplacé l'agitation fébrile; les seins avaient cessé d'être douloureux et commençaient à s'amollir, le lendemain, il n'existait plus de trace ni de fièvre, ni de sécrétion laiteuse. Le 10 avril suivant, Mme K. vint à Paris, me vit et me communiqua ces détails qu'on avait eu soin de consigner par écrit.

N'ayant point été à même de soigner de nouvelles accouchées devant être nourrices, chez lesquelles il y eût maladie pendant la fièvre de lait, je ne puis personnellement citer aucune observation de ce genre.

H. GUEYRARD et DAVET, docteurs-médecins.

DE L'HOMŒOPATHICITÉ (1).

« La tâche du médecin, le but de ses efforts, doit être la guérison des maladies et la conservation de la santé. Trois choses sont nécessaires pour arriver à ce but. »

1° Faire une investigation exacte de la maladie, objet de la guérison.

2° Déterminer les agens qui doivent être employés.

3° Apporter dans leur emploi assez de tact pour que du développement de leur action, de la médication, résulte le rétablissement de la santé.

Telle est la manière dont nous nous sommes exprimés dans le 1er vol. de ce recueil, page 34; telles sont les maximes posées par le vénérable et savant fondateur de l'homœopathie : maximes desquelles ne doit jamais s'écarter le praticien sage.

Mais, telle n'est pas l'opinion d'un récent détracteur de l'homœopathie (2). Voici ses propres paroles :

« *La guérison des malades :* telle doit être l'idée fixe du vrai médecin; tel est au moins le but constant de ses efforts les plus soutenus.

» Pour y arriver, il faut chercher d'abord à connaître les principes générateurs, la nature et le siége des maladies.

» On est généralement d'accord sur ce point...; il faut en excepter le professeur Hahnemann... »

Examinons ces deux propositions.

L'homœopathie veut que le médecin fasse une investigation exacte de la maladie, ou, ce qui est le même, qu'il l'étudie dans tous ses détails; qu'il en apprécie les plus légers symptômes; qu'il passe en revue le malade de la tête aux pieds, appareil par appareil, organe par organe; qu'il voie tous les points qui souffrent; en un mot, qu'il fasse un tableau pur de tous les phénomènes physiques et moraux qui composent la maladie. Or, le médecin ne peut faire un semblable travail sans déterminer ce que M. le docteur Matthey entend probablement par siége de la maladie, c'est-à-dire l'organe duquel sortent les symptômes les plus saillans, l'organe ou l'appareil d'organes dont les fonctions sont les plus lésées ou qui est déjà lésé lui-même dans sa contexture, dans tout ou partie de ses tissus.

Donc, sur ce point, le professeur Hahnemann est d'accord avec tous les médecins philosophes, avec tous les médecins dignes de ce nom.

Une investigation exacte ne saurait se faire non plus sans préciser s'il y a mollesse ou dureté, plénitude ou dépression, accélération ou ralentissement du pouls; chaleur ou froid, sécheresse ou moiteur, couleur normale ou altérée de la peau; absence ou abondance de salive à la bouche; rougeur ou blancheur de la langue; lésion des fonctions ou lésion organique, enfin sans connaître la nature de la maladie.

Donc, sur ce point encore, comme sur le précédent, l'homœopathie et son illustre fondateur sont d'accord avec tous les vrais médecins.

Mais ils ne le sont plus avec M. le docteur Matthey, lorsqu'il s'agit de connaître *les principes générateurs* de la maladie. Ils ne voient là qu'un grand mot à effet, totalement vide de sens.

Que peut-il, en effet, signifier? Son auteur voudrait-il, avec quelques classiques, parler des élémens de la maladie, chercher s'ils sont muqueux ou catarrhaux, bilieux ou phlogistiques? Avec d'autres exercer sa sagacité à déterminer si c'est l'irritation, l'ataxie ou l'adynamie, qui sont génératrices de l'affection? Avec d'autres encore, étudier si c'est l'oxigène, l'azote ou l'hydrogène, en plus ou en moins, qui sont principes générateurs?

A coup sûr, Hahnemann et ses disciples ne sauraient s'accommoder de telles rêveries; elle sont surannées comme l'ontologie qu'elles représentent, et tous les médecins qui savent que l'état pathologique n'est qu'une aberration de l'état physiologique, déclareront avec nous que M. le docteur Matthey devra se reporter un siècle en arrière, s'il veut retrouver des chercheurs de *principes morbifiques*, de *principes générateurs des maladies*. Ce pas rétrograde aura de plus l'avantage de le replacer parmi les fauteurs des fièvres essentielles, et de lui procurer quelques adoucissemens aux regrets qu'il semble leur porter, p. 257.

En ceci, ce qui surprend le plus, c'est que, tout en disant qu'on est généralement d'accord, M. Matthey ne le soit point avec lui-même. En avançant dans son travail, il fait des progrès dans la science, et à la page 295 il s'exprime ainsi :

« Si l'on nous accorde qu'un changement dans le mode de sensibilité organique (qui constitue la santé) peut déterminer tous les degrés, toutes les nuances d'affection ou de sensibilité morbide, depuis la douleur la plus légère jusqu'aux névralgies intolérables, aux convulsions, au tétanos mortel; depuis la rougeur passagère de l'épiderme jusqu'à l'inflammation la plus étendue, la plus profonde, la plus intense; depuis l'enflure ou la fluxion partielle, jusqu'aux épanchemens les plus généraux, les plus graves, à l'anasarque, à l'hydropisie du bas-ventre, de la poitrine, du cerveau: si, dis-je, une modification du principe sentant (ou de l'action nerveuse) donne lieu à la maladie, n'est-ce pas aussi une modification nouvelle de ce même principe qui détermine le retour à la santé? »

---

(1) Ce mot nouveau nous paraît nécessaire pour exprimer l'idée que nous y attachons; nous l'employons parce qu'il a ses analogues dans notre langue : *spécificité*, *opportunité*, etc.

(2) Voir le numéro de mars dernier de la *Bibliothèque universelle*, DES PRÉJUGÉS EN MÉDECINE, par A. Matthey, docteur médecin, p. 273. — Notre but n'est point d'analyser ce *factum*, dont le plus fort raisonnement contre l'homœopathie est une négation, et dont la conclusion est de l'assimiler aux offrandes pieuses et aux miracles des saints; nous nous contenterons d'en signaler quelques passages.

» C'est cette modification salutaire, spontanée, et la guérison qui en est la suite, que tend à opérer l'art de guérir ou la thérapeutique. »

Ceci n'est plus d'un médecin du dix-huitième siècle: il est au niveau des connaissances, et, sans s'en douter, sa physiologie est exactement celle de notre docte maître (il ne faut jamais désespérer d'un homme d'esprit et de jugement). Il professe que la maladie n'est qu'un changement dans le mode normal de sensibilité organique, et que le retour à la santé est une nouvelle modification de cette sensibilité, qu'il appelle aussi *principe sentant ;* le tout s'exécutant en vertu d'un *principe physiologique*, qu'il nomme *électro-galvanique... Verba et voces !*

Voilà, certes, qui est loin de l'ontologie. Les maladies ne sont que des aberrations des phénomènes physiologiques, de purs phénomènes elles-mêmes ; elles peuvent disparaître spontanément par l'action d'un modificateur antidote de celui qui les a produites; il n'y a plus de principes morbifiques ou générateurs à chercher, à combattre, à expulser ; plus de fièvres à durée déterminée ou essentielles à traiter. Le docteur dit que la guérison est le résultat d'une modification spontanée : en vérité, il promet !

Ce défaut d'accord de M. Matthey avec lui-même, n'est pas rare en allopathie, même dans la partie purement théorique de la pathologie ; mais tout est confusion dès qu'il s'agit d'aborder le lit du malade, dès qu'il faut passer des mots aux choses.

Écoutons encore M. Matthey.

« Et c'est précisément au moment où cette détermination (celle des *principes générateurs*, de la nature et du siége de la maladie) serait la plus importante au bien du malade, en fixant avec sûreté l'emploi du remède convenable, que naissent nos dissentimens, nos doutes, nos hésitations et nos craintes, ou bien une assurance fatale; de là nos interminables débats, nos éternels revers.

» L'homœopathie doit-elle y mettre un terme? Cela serait fort heureux, mais cela n'est pas sûr. »

Hâtons-nous d'avouer que nous devons de la reconnaissance à l'auteur, de la bonhomie avec laquelle il veut bien montrer, dans toute sa nudité, le vague spéculatif de la thérapeutique allopathique, et tâchons de montrer que, l'investigation de la maladie une fois faite, il ne reste qu'à faire celle du médicament pour arriver à la solution, aussi exacte que possible, de la question.

De même qu'une maladie ne peut être conçue et saisie que par l'ensemble des phénomènes qui la constituent, les symptômes ; de même aussi le mérite, la valeur d'un médicament, ne peuvent être appréciés que par l'ensemble des mutations organiques sensibles qu'il peut apporter à l'économie animale, et nullement par la connaissance des *principes générateurs*, de la nature et du siége des maladies, ainsi que le dit emphatiquement M. le docteur Matthey.

Les principes morbifiques ou générateurs sont une absurdité surannée; nous l'avons démentie, et la connaissance de leur nature et de leur siége fait partie de l'histoire naturelle du sujet malade; elle appartient à l'investigation de la maladie et nullement à celle du médicament.

Pour faire cette seconde investigation, et déterminer celui d'entre tous les médicamens qui peut devenir remède dans un cas donné, produire une médication (1) favorable au rétablissement de la santé, deux choses sont nécessaires :

1° Connaître l'action de chacun d'eux.

2° Déterminer quel peut être le meilleur rapport entre eux et les maladies.

La connaissance de l'action d'un médicament, l'étude de l'ensemble des mutations organiques sensibles qu'il peut produire, est un préalable nécessaire pour arriver à celle de la vertu curative, qui n'en est que le résultat. C'est une vérité presque évidente, que nul n'a exprimée d'une manière positive avant Hahnemann, et que lui seul a appliquée à la pratique (2).

Le docte et rationnel Barbier (3) l'avait sentie à peu près à la même époque; il posa comme principe incontestable que les médicamens ne se rendent utiles, en thérapeutique, que par la possession d'une force active, dont le développement produit toujours un changement dans l'état actuel du corps malade, donne aux organes une autre manière d'être, une autre mesure de mouvement; mais il ne fit rien pour préciser ce changement, pour déterminer cette nouvelle mesure de mouvement.

Il n'avait en vue que l'homme malade et les mutations qu'apporte sur lui le médicament; il n'eut pas la pensée d'expérimenter sur l'homme sain (4), et cependant ce mode de faire est le seul qui puisse conduire à un résultat réel et vrai.

La santé étant le seul état positif de l'homme, il devient évident que la seule manière de constater l'action d'un médicament sur lui, est de l'appliquer pendant qu'il est dans ce positif ; car dès qu'il aura passé à l'état négatif, dès qu'il y aura moins de santé, ou maladie, déjà il y aura action d'un modificateur inconnu. Et si, dans ce moment, on en applique un second, comment suivre son action ? comment distinguer les phénomènes résultant du développement de cette action de ceux produits par celle du premier, de ceux qui constituent la maladie? Il y a impossibilité ; on ne peut éviter le vague et la confusion.

Mais me dira-t-on, on connaîtra sa vertu curative ; on aura vu le changement qu'il apporte à l'état pathologique du sujet !

---

(1) Le lecteur sait que, par ce mot, nous désignons (voyez le Ier vol. de ce recueil, article *Médicament et Médication*) avec Barbier, *Principes généraux de pharmacologie*, le *Dictionnaire des Sc. méd.*, Schwilgué et les modernes auteurs de Matière médicale, l'ensemble des mutations physiologiques que peut produire un médicament, et non, avec M. Matthey et les médecins du siècle dernier, un ensemble de traitement, un mode de médicamenter.

(2) Voyez son *Fragmente de viribus medicaminum.* Lipsiæ 1805.

(3) Voyez l'ouvrage cité.

(4) Tout ce qu'on avait dit avant Hahnemann, touchant l'action des médicamens sur l'homme sain, étudiée sous le point de vue thérapeutique, tout ce qu'on a fait depuis (les œuvres de ses disciples exceptées), est le résultat d'accidens, d'empoisonnemens, ou d'expériences faites presque exclusivement en vue de la physiologie.

C'est là qu'est l'erreur; c'est là qu'est la cause des imperfections de la thérapeutique et de la matière médicale allopathique; c'est là aussi qu'est celle des doutes, des incertitudes, des interminables débats, des éternels revers dont se plaint M. le docteur Matthey. Tâchons de le démontrer.

La force active d'un médicament est une, mais ses effets sur l'économie animale sont doubles.

Le premier effet direct, immédiat de son action dynamique, est constant, invariable dans sa nature, quoique variable dans son intensité; il produit un mouvement vital régulier, une perturbation ou mutation organique, dont la marche est assignable, quoiqu'elle présente des degrés en plus ou en moins, que détermine la susceptibilité nerveuse du sujet.

Le second, effet indirect, est la vertu curative; elle est le résultat de la médication, le produit de la réaction de l'organisme contre la perturbation créée par l'effet direct du modificateur; d'où il arrive qu'elle ne résulte point d'une manière absolue de son action, et qu'elle peut varier autant que l'intensité de l'effet primitif, autant que l'irritabilité du sujet, autant qu'il peut se présenter d'individus; car chacun a son mode de sentir.

Donc, pour le connaître, il faut, ainsi que nous l'avons dit, préalablement suivre et étudier l'effet primitif, et embrasser l'ensemble des mutations organiques qu'il peut produire; donc, pour cela, il faut agir sur l'homme sain; tout autre voie conduira à l'erreur, au doute, à l'incertitude. Le conséquent est forcément incertain, tant qu'il est déduit sans connaissance de l'antécédent.

Si la connaissance de l'action directe d'un médicament est nécessaire pour déterminer sa vertu curative, ou, ce qui est le même, le cas pathologique où il peut être utilisé, la connaissance du rapport qui doit exister entre cette action et celle du modificateur qui a produit la maladie ne l'est pas moins.

C'est à déterminer ce rapport qu'a le plus travaillé le vieillard de Cœthen, et l'expérience lui a montré que celui qu'il a appelé homœopathique, le rapport de similitude, était le meilleur. Cette assertion, devenue vérité, n'a plus besoin de démonstration; elle est établie par des milliers de faits que l'homme sage et consciencieux ne peut plus éluder par une négation (1).

Cette vérité, pour nous vérité de fait, une fois posée, et l'action des médicamens sur l'homme sain bien connue, exactement précisée, nous disons que l'homœopathie aura atteint, autant que les facultés humaines le permettent, le terme des interminables débats, des éternels revers que signale M. le docteur Matthey.

Connaître l'action des médicamens sur l'homme sain, déterminer s'il y a rapport homœopathique, c'est ce que nous appelons homœopathicité entre le produit de cette action et ceux (les symptômes) qu'a produits le modificateur inconnu, cause de la maladie. Tel est le problème de la guérison des maladies.

(1) Voir, pour la manière de procéder dans l'expérimentation, l'excellent travail de M. le docteur Dessaix, en tête de ce cahier.

A le juger sur l'énoncé, à le voir sous le point de vue théorique, la solution en paraît facile. Elle présente le beau idéal de l'art... Tous les modificateurs inconnus, agissant pathogénétiquement sur l'économie animale, ont une antidote assignable par la comparaison des symptômes qu'ils produisent avec les effets propres d'un médicament.... La mort ne doit plus arriver que par vieillesse ou par accident....

Mais, hâtons-nous de le dire, la même facilité n'existe plus dès qu'on arrive à la pratique.

La minutieuse précision qu'il faut apporter dans l'appréciation des symptômes des maladies exige des connaissances exactes en pathologie; elle veut sur cette matière des idées positives et bien arrêtées (1); elle veut une attention soutenue, une étude de chaque jour : première difficulté.

L'exactitude que nécessite la comparaison des phénomènes morbides avec les effets purs des médicamens, n'exige pas moins d'attention ni d'étude; mais de plus, elle ne saurait avoir lieu sans une sorte de tact, sans une droiture et une solidité de jugement, dont le plus ou moins fixe l'étendue de la sagacité du praticien : seconde difficulté.

Il en est une troisième, la faiblesse de l'intelligence humaine et la fragilité de ses jugemens. On devrait l'appeler obstacle, car elle est insurmontable; mais elle disparaît, parce qu'elle est commune à tout. Le *errare humanum est* se retrouve partout; à l'impossible l'homme n'est pas tenu.

Les deux premières de ces difficultés ne sont point de même nature que celle-ci; quoique positives, elles ne sont point des obstacles. La thérapeutique homœopathique veut, pour être pratiquée avec fruit, des connaissances acquises, une attention soutenue, un travail de chaque jour, du tact, une certaine justesse de jugement, en un mot, un homme communément bien organisé, qui ait le goût de la science et qui mette tout son plaisir à la cultiver. Mais, en a-t-il jamais été autrement de la médecine non réformée? En a-t-on jamais vu les limites reculées et la pratique illustrée par quiconque aura préféré le repos au travail, par quiconque aura manqué de tact et de jugement?

Comment donc justifier ce motif de réprobation que M. le docteur Matthey fait valoir contre l'homœopathie : « Non, certes, l'homœopathie n'est pas une méthode simple, à la portée de tout le monde; elle ne l'est pas pour les homœopathes consommés. »

Ne faut-il pas que la médecine soit une chose bien simple et bien facile pour M. Matthey, ou qu'il n'ait jamais abordé que la médecine à la portée de tout le monde, pour se permettre une telle exclamation? Ne faut-il pas ignorer que chaque science exige une espèce de spécialité dans celui qui s'en occupe, que pour le praticien le plus consommé,

(1) Qu'attendre en effet de la thérapeutique d'un praticien qui, aujourd'hui, cherche le principe morbifique ou générateur des maladies, et demain reconnait qu'il n'existe pas; aujourd'hui, admet des fièvres essentielles et demain les nie? Il flotte dans un vague, dans une incertitude peu préférable à l'ignorance. Confiant aujourd'hui, il marche avec une assurance que rien ne garantit et qui peut être fatale; ébranlé et flottant demain, il dit avec Pétrone : *medicina nihil aliud quam animi consolatio.*

la thérapeutique jusqu'ici usitée ne fut jamais une chose simple et exempte de difficulté ?

L'application de l'homœopathie aux maladies n'est pas chose simple et facile, nous en convenons ; elle n'est pas à la portée de tout le monde, elle sera rebutée par la paresse et l'ignorance, par l'essaim nombreux des médicastres mâles et femelles de toutes les conditions, nous en convenons encore : mais que peut-y perdre l'humanité ? Que le lecteur impartial juge et nous réponde !

Revenons à l'homœopathicité, et tâchons de montrer par deux faits ce que nous désignons par ce mot, mieux que n'a pu le faire notre définition.

Premier fait.

Le 13 avril dernier, le sieur Verdan, de Saint-Jeantholome, âgé d'environ 35 ans, scieur de long, après avoir disposé convenablement un billot sur une scie à eau, voulut saisir le cadre qui porte cet instrument, pour le mettre en mouvement et aider ainsi l'action de l'eau qui arrivait sur la roue motrice. Il fut emporté par le mouvement d'ascension de ce cadre et porté contre la traverse supérieure du châssis dans lequel il exécute son mouvement. Saisi par la mâchoire supérieure exactement au-dessous du nez et sur la bouche, l'occiput fut porté contre la traverse du châssis et la tête obligée de se loger dans un espace de trois pouces qui restait entre cette traverse et celle du cadre arrivé au point fixe et invariable de son élévation. L'occiput résista, mais la mâchoire fut fracturée et déprimée de trois quarts de pouce.

Voici l'état du malade, lorsque je le vis, 16 à 17 heures après l'accident.

Tuméfaction du pourtour de la bouche et du nez, telle que l'individu était méconnaissable ; tout était livide et échimosé ; la pointe de la langue était coupée, les gencives supérieures et le vermeil de la lèvre inférieure étaient excoriés, la tuméfaction s'étendait sur toute la face et les sensations y étaient troublées et interverties ; le malade attribuait à un point le toucher exercé sur un autre. Il lui semblait, disait-il, ne plus avoir de figure.

L'os maxillaire supérieur était fracturé avec déplacement à l'alvéole de l'avant-dernière molaire gauche ; cette dent était brisée, et sa voisine, la dernière molaire, fixe dans son alvéole, était mobile avec la pièce osseuse qui la porte. Du côté droit, il y avait fracture entre la seconde et troisième molaire, mais sans déplacement. La tuméfaction empêchait de déterminer avec précision les parties fracturées du côté du nez et de toute la partie supérieure.

La déglutition même de la salive était impossible ; la voix était altérée et nasillarde. La bouche était remplie de mucosités sanguinolentes, et une abondante sanie découlait des fosses nasales ; infiltration considérable de tout l'intérieur des joues et des lèvres ; une douleur sourde tenait toute la face ; elle n'était aiguë que dans le nez ; peu, ou presque point de fièvre ; abattement, sentiment général de malaise et d'horripilation.

Je pratiquai quelques légères scarifications sur la partie interne des joues ; je fis, sur la pièce osseuse détachée, une traction suffisante pour la remettre en place, et je pansai le tout avec des compresses humectées avec une liqueur composée comme suit : teinture d'*arnica*, huit gouttes étendues et agitées avec une once environ d'alcool, et le tout mélangé en agitant avec 7 à 8 onces d'eau fraîche.

Les compresses furent maintenues par un masque fait avec un demi-mouchoir, et une quantité de liqueur semblable à celle qui vient d'être indiquée, fut employée à humecter l'appareil pendant la nuit et la journée du lendemain. La bouche était libre, afin de pouvoir donner quelques boissons aqueuses et alimentaires dès que le malade pourrait avaler.

Tout étant ainsi pansé et disposé, je nettoyai de nouveau la bouche avec un petit linge, et je plaçai sur la langue quatre globules d'*arnica* 12e dilution. Une semblable quantité fut laissée pour être administré avec les mêmes précautions quatre heures après.

Tel fut tout le traitement. Voici les résultats :

Peu après la seconde dose, le malade recouvra la faculté d'avaler ; les douleurs et le gonflement diminuèrent considérablement du second au troisième jour ; il n'eut point de fièvre ; ce troisième jour, il se leva et fit une demi-lieue à cheval pour venir me voir ; le sixième, il reprit ses occupations, et aujourd'hui, 10 mai, il commence à manger du pain et ne ressent plus que de bien légères incommodités.

Second fait.

Un jeune homme, bien portant et bien constitué, est vivement frappé sur la paupière gauche par un assez gros morceau de sucre, sorti de la main d'un convive de trop bonne humeur à la fin d'un dîner. Aussitôt douleur vive et inflammation prompte. Usage continuel d'eau de rose en compresses et en lotion.

Six à sept heures après, vers minuit, je sus appelé... Douleurs très vives, anxiété, insomnie ; l'œil très rouge ne se laisse entr'ouvrir qu'avec peine ; il redoute la moindre lumière : compresses et globules d'*arnica*. Point d'amélioration pendant 24 heures ; 30 heures s'écoulent encore sans remèdes comme sans amélioration.

Je dus donc faire une nouvelle investigation de la maladie, ou plutôt oublier la cause et ne m'attacher qu'à l'ensemble des symptômes, qui avaient beaucoup plus d'analogie avec les effets purs de l'*ignatia* qu'avec ceux de l'*arnica* ; il s'en trouvait un surtout qui me paraissait caractéristique ; la présence d'un grain de sable qui roule sous les paupières.

J'administrai donc ce modificateur le quatrième jour, vers midi. Exacerbation vive la nuit, jusqu'à une heure du matin, et dès lors rémission extraordinaire, bon et vrai sommeil. Le cinquième jour, encore un globule d'*ignatia* 30e dilution (probablement mal à propos) ; nouvelle exacerbation la nuit, nouveau calme le matin comme la veille. Sixième jour, léger reste d'endolorissement. Septième, le jeune homme sort ; il est bien rétabli.

Telle est la puissance de l'homœopathicité, tel est le peu d'importance qu'on doit attacher aux causes dans la recherche du médicament qui doit guérir dans un cas donné. C'est ce que ne comprend point l'allopathie, et c'est ce qui est confirmé par l'expérience de chaque jour.

FRAGMENT

SUR LA GUÉRISON DES FIÈVRES INTERMITTENTES,

Accompagné de quelques observations générales sur la thérapeutique.

Les fièvres intermittentes sont les maladies qui, dans leurs variétés sans nombre, ont peut-être opposé le plus de résistance aux procédés de l'homœopathie. La doctrine des maladies chroniques elle-même, en soumettant à la règle générale une foule d'autres affections rebelles jusque-là, semble n'avoir encore levé qu'en partie la difficulté du traitement de ces fièvres.

Voilà pourquoi il arrive assez souvent à des praticiens d'un ordre élevé, de chercher un refuge contre des maladies de ce genre, soit dans l'ancienne médecine, soit dans l'emploi des moyens de l'homœopathie, mais sans égard à l'analogie des symptômes; ainsi, d'après l'espèce de rapprochement que l'on a fait de toute ancienneté entre une fièvre inflammatoire et un accès d'intermittente, des médecins ont proposé de combattre chacun de ceux-ci par une dose d'aconit. D'autres fois et par d'autres motifs c'est l'arnica, le china, l'ipécacuanha dans lesquels on a cru devoir trouver le fébrifuge le plus constant; malheureusement on n'a que trop vite reconnu que les succès dus à ces modificateurs étaient insuffisans ou passagers, hormis dans les cas où l'analogie des symptômes justifiait l'administration du remède.

Bien loin de nous élever contre ces tentatives d'hommes habiles et consciencieux, réduits par l'opiniâtreté du mal à se jeter dans des sentiers tortueux et mal éclairés, où ils pouvaient rencontrer par hasard quelque chance de salut, nous respectons, nous honorons de tels efforts; ils peuvent servir la science et l'humanité; mais nous nous gardons bien de voir dans ces licences, permises aux grands maîtres, des exemples qu'il faille légèrement imiter.

Le mécompte qui jette quelquefois ces praticiens sages hors de la route où ils trouvent ordinairement tant de succès, peut tenir à l'insuffisance, à l'imperfection même de la matière médicale pure, qui, toute étendue, toute admirable qu'elle est, n'offre jusqu'ici qu'un nombre de remèdes bien limité, si on le compare à la multitude effrayante de nos maux, et doit laisser nécessairement encore bien des lacunes à remplir dans le tableau de chacun de ces remèdes. Mais nous, élèves d'hier de ces praticiens à l'épreuve, ne devons-nous pas y regarder longtemps et de bien près avant de nous attribuer le droit de placer, comme eux, en dehors de nous, la cause de nos revers?

La matière médicale pure, convenablement consultée par celui qui a la courageuse persévérance de s'y cramponner de de toutes ses forces, est généralement un guide si fidèle et si sûr, que pour l'abandonner il faut être bien certain d'en avoir épuisé toutes les ressources.

A-t-on toujours saisi parfaitement le tableau du mal, en a-t-on soigneusement comparé les symptômes avec ceux de la matière médicale? N'y aurait-il point, dans bien des fièvres intermittentes, des caractères qui, légers en apparence et négligés à ce titre, mériteraient au contraire la plus sérieuse attention? A-t-on toujours, selon le sage conseil de Gross, tenu un compte rigoureux de tous les symptômes de l'apyrexie? A-t-on constamment su doser et faire se succéder à propos les divers remèdes qui peuvent être indiqués par la loi des semblables? En a-t-on réitéré l'administration autant de fois et aussi souvent que cela était opportun? A-ton bien médité sur la puissance des ressources que l'on peut attendre, dans tel ou tel cas, de l'emploi des antipsoriques? Et quand il s'agit d'une de ces intermittentes enracinées par l'abus allopathique du quinquina, a-t-on le droit d'accuser l'homœopathie d'indigence ou d'infidélité, lorsqu'on s'est borné à combattre les effets du poison par les remèdes qui sont en général signalés comme ses antidotes? Oublier, dans ce cas comme dans tout autre, qu'il n'y a point d'antidote absolu, et que ce titre n'appartient jamais qu'au modificateur dont les symptômes ont le plus d'analogie avec ceux qu'on a sous les yeux, c'est commettre une grande erreur dont on est seul responsable; c'est vouloir guérir tous les accidens d'une chute ou d'une contusion par l'arnica, tous les effets d'un refroidissement par la douce-amère, sans examiner le rapport des symptômes de ces agens avec les symptômes que l'on a actuellement à combattre.

Toutes ces questions, et bien d'autres encore, il est indispensable de se les adresser consciencieusement, et d'y avoir répondu avant de se résigner à la douleur de déserter une loi féconde et sûre pour se livrer encore une fois au hasard de ces vagues analogies, de ces tâtonnemens et de ces à peu près, qui ne doivent être plus permis désormais qu'à l'allopathie.

Ces réflexions nous ont été suggérées surtout par le mémoire que le docteur Seidel a présenté à l'assemblée des homœopathistes de Lusace et de Silésie, en septembre 1832, et que les docteurs Gross, Hartmann et Rummel ont inséré dans leur excellente feuille hebdomadaire (1). On nous saura peut-être gré d'en extraire ici quelques observations.

Laissons parler l'auteur, en l'abrégeant, toutefois, et avec le regret de ne pouvoir traduire en entier son travail plein d'intérêt et de candeur. Les faits suivans appartiennent tous à une épidémie de printems.

« I. W. a déjà eu plusieurs accès de fièvre : les périodes de chaud et de froid varient, ensorte que c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui prédominent, avec chute complète des forces, à chaque invasion. Violente douleur pulsative au devant de la tête, surtout en s'inclinant, et en faisant du mouvement au grand air. Amertume de la bouche, renvois; défaut d'appétit, selles difficiles; grande soif pendant et après la chaleur, face jaunâtre, enduit bleu de la langue. — Le malade prend trois soirs de suite, avant de se coucher, une dose de *nux*, et n'a plus que quelques faibles ressentimens de sa fièvre, qui bientôt disparait tout-à-fait.

II. G. fièvre tierce; frisson violent de plusieurs heures, avec chaleur brûlante, intercurrente; grande faiblesse, abattement, pesanteur des membres abdominaux; esprit accablé; forte céphalalgie, douleurs exprimantes, et élancemens dans la région temporale gauche; mal de cœur, mauvais goût, aversion de tous les alimens pendant l'accès; constipation; lèvres enflées et couvertes d'une éruption croûteuse.

Une dose d'arsenic, le soir du 16 mai, et renouvelée le matin et le soir du 17, triompha complètement du mal.

III. Mme E. fièvre tierce, depuis 14 jours, ordinairement la nuit; suspendue momentanément par quelque traitement domestique, elle se reproduit depuis deux jours sous le type quotidien, et se caractérise comme auparavant par frisson modéré suivi de soif et de chaleur vive et soutenue, avec grand mal de tête.

Trois doses d'aconit, quelques heures avant l'accès, sont sans résultat; trois doses de sabadille, données de même, réussissent complètement.

IV. Mlle C., de 12 ans, fièvre de plusieurs semaines, qui, déjà coupée par un traitement domestique, reparait depuis quelques jours avec plus de violence. Après midi, frisson assez fort, suivi de vive chaleur et grande anxiété, jactitations; le corps est à l'étroit sous les moindres vêtemens; violente céphalalgie; phantasticité; respiration gênée, précipitée; défaut d'appétit; langue rouge et sèche; grand épuisement; tremblement des membres; douleurs tiraillantes de quelques parties; sueur avec soulagement, vers le soir.

Trois doses d'aconit, comme ci-dessus, firent très-peu;

deux doses d'arsenic, de la même manière, eurent un entier succès.

V. S., robuste fermier de 30 et quelques années, n'a jamais eu de maladie sérieuse qu'une fluxion de poitrine, *mais il a eu la gale dans son enfance.*

Après des malaises de quelques jours, il est saisi d'une fièvre tierce ainsi caractérisée :

Période algide, tantôt forte, tantôt très faible, toujours dans la matinée, mais à heures variables. Avec, souvent même avant le frisson, soif de boissons froides, surtout de bière. La chaleur qui suit est très vive, brûlante, se soutient jusqu'au soir ; la sueur se montre seulement alors, quelquefois même plus tard dans la nuit. Dans la chaleur, respiration précipitée, serrement de poitrine ; yeux et visage rouges, frontalgie forte, exprimante, dureté d'ouïe, inquiétude du corps. Avant le frisson, accablement extrême au physique et au moral, porté même une fois jusqu'à défaillance. Les jours d'apyrexie ne montrent qu'une grande lassitude, sans désordre sensible des fonctions

Une dose d'ignatia, et successivement de belladone, de pulsatille, de china, et encore d'arsenic, n'ayant rien gagné pendant 18 jours, et le malade voulant à toute force que sa fièvre fût coupée, je me décidai à l'emploi du sulfate de kinine, reitéré avec prudence et porté une fois jusqu'à 12 grains, le tout avec des apparences fugitives et incomplètes de guérison, mais de telle manière qu'au bout de 5 semaines, le malade, à l'épuisement général, à la céphalalgie pénible, à la dureté d'oreille dont il était tourmenté, sentait et me disait lui-même que l'ennemi n'avait point encore évacué la place.

Rien ne pouvait donc plus me retenir dans la fausse voie où les importunités du patient m'avaient engagé ; j'en revins à l'homœopathie, en comptant beaucoup sur la répétition des doses, à laquelle je devais, à cette époque, de belles guérisons. Trois doses d'*ignatia*, trois de *nux* et trois d'arsenic, n'eurent portant que de faibles avantages : les symptômes fébriles ordinaires paraissaient domptés, mais le mauvais jour n'en ramenait pas moins la céphalalgie, épuisement, morosité, dureté d'oreille et faiblesse de mémoire.

Force fut bien de me retourner alors vers les antipsoriques, trop négligés peut-être jusque-là ; un globule de soufre eut peu d'effets, mais enfin, la sepia, donnée trois jour de suite, atteignit le mal dans sa racine et le fit disparaître bientôt et sans retour.

VI. Enfant de 9 ans, atteint depuis six semaines d'une fièvre tierce, qui, tierce d'abord, depuis 21 jours, est devenue quotidienne.

A 11 h. du matin, le frissonnement très-fort est suivi d'un sommeil profond, d'une heure au moins, avec chaleur et sueur consécutive. Le malade, en s'éveillant, se plaint de lassitude générale et de mal de tête. — Une dose d'opium prévient le développement du premier accès, mais les deux suivans reviennent comme de coutume. Deux nouvelles doses d'opium, deux jours de suite, ont un entier effet que rien, depuis quatre mois, n'a démenti.

Quelque intéressante que soit cette citation, nous aurions pu, sans doute au milieu des trésors de la littérature homœopathique allemande, puiser un bon nombre d'observations plus variées, et surtout plus concluantes, plus riches en contre-épreuves, mais il s'agit pour nous bien plutôt d'arrêter l'attention de nos collaborateurs sur des principes que de justifier un procédé dont l'avantage n'est douteux pour aucun des médecins de notre école, surtout après la dernière publication de Hahnemann à ce sujet (préface de Bönningshausen, traduite dans ce journal, n° 6).

Que ce texte nous suffise donc aujourd'hui pour rappeler à nos confrères que, soit par la répétition des doses, soit par l'usage des antipsoriques, soit par tous les autres moyens légitimes et rationnels de l'homœopathie, nous trouverons encore des ressources incalculables dans cette doctrine, alors même que, faute de travail et de persévérance, nous serions le plus portés au découragement par des insuccès.

Que les homœopathistes français, tous nouveaux élèves comme nous de l'école nouvelle, quels que soient leurs titres d'ailleurs, tous façonnés, comme nous, par des règles arbitraires, par des méthodes vacillantes et incertaines, à se rejeter sans cesse et au moindre obstacle dans le vague indéfini des tâtonnemens et des essais, mettent donc le plus grand soin à se défier de leur propre inexpérience, de leurs habitudes et de leurs anciens souvenirs ; et ce n'est pas au seul traitement des fièvres intermittentes que ce conseil doit s'appliquer, il embrasse la matière entière de l'art.

Pleins de reconnaissance et de respect pour les générations savantes qui nous ont précédés, admirons ce que, dans le cours des siècles, tant de grands médecins nous ont légué d'admirable, mais ne perdons pas de vue un seul instant que leurs idées, leurs procédés, leur langage ne sauraient être ceux de l'homœopathie : elle pense, elle parle, elle agit autrement.

Chercher, par exemple, des narcotiques, des calmans, des stimulans, dans nos remèdes, parce que ces groupes se trouvent circonscrits et dessinés bien ou mal dans nos anciennes idées, ce n'est point entrer dans l'esprit de l'homœopathie ; elle n'a point encore groupé ses médicamens, elle se borne jusqu'ici à n'offrir dans chacun d'eux qu'un spécifique applicable à telle ou telle individualité de nos maux.

S'expliquer l'action de nos doses impondérables par les faibles doses de quelques médicamens de l'allopathie, c'est oublier que pour les quantités il n'y a aucune comparaison, et que d'ailleurs la silice, l'étain, la magnésie, la camomille et la rhubarbe ont pour nous autant d'importance que l'aconit, l'acide hydrocyanique, l'arsenic et l'opium.

Croire que les idées de l'ancienne école sur les médicamens *diffusibles* sont toutes les idées qu'on peut avoir au sujet des remèdes homœopathiques, c'est vouloir ignorer que le plomb, le fer, la baryte, la chaux, le lycopode, qui ne ressemblent guère à ce que l'allopathie nomme *diffusible*, ne le cèdent en rien, chez nous, au musc, à la valériane, au camphre, au castoréum.

Ne voir enfin dans les doses de Hahnemann qu'un *raccourci* ou *diminutif* pur et simple des doses ordinaires, c'est ressembler à ceux qui n'ont voulu voir si long-temps qu'un émeto-cathartique démesuré dans les hautes doses de tartre stibié contre certaines phlegmasies.

Toutes ces données antérieures, toutes ces inévitables préoccupations d'après lesquelles nous sommes, dès le début, entraînés à voir dans l'homœopathie autre chose qu'elle-même, à revêtir dans notre pensée le nouvel art de quelques lambeaux des vêtemens de toutes sortes d'étoffes et de toute part déchirés de l'art ancien, sont un danger que nos neveux n'auront sans doute pas à redouter, mais contre lequel, nous tous, hommes d'une époque de transition, nous devons sans cesse rester en garde.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

JUILLET 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Mémoire sur la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil des plaies qui succèdent aux grandes opérations;

Par M. L. SAZIÉ,

Interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société phrénologique. (Fin.)

La réunion immédiate est, comme on l'a si bien dit, une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne; longtemps reléguée en Angleterre, son berceau, elle y était pour ainsi dire généralement suivie, avant que les chirurgiens des autres pays osassent dévier de leur routine pour suivre l'exemple de ces maîtres des nations en civilisation et en progrès; mais pour l'honneur de l'art, des esprits-forts secouèrent sur plus d'un théâtre le joug des écoles, et grâce à leurs efforts, la réunion immédiate est de nos jours sur le point d'être universellement adoptée. Cependant il existe encore des hommes d'une grande célébrité, qui, malgré tant de travaux, craindraient de compromettre le sort de leurs opérés en réunissant immédiatement. De plus, indifférente aux progrès de l'art, et trop souvent dans l'impossibilité de juger mûrement par elle-même, la foule des médecins s'empresse d'adopter sans examen l'opinion d'hommes que leur position met en évidence ou dont quelquefois le nom se trouve honorablement consigné dans les annales de la science. De là les difficultés sans nombre qu'ont éprouvées, pour se répandre, tant d'importantes découvertes; c'est ainsi que souvent l'erreur d'un homme devient pour beaucoup d'autres une cause perpétuelle d'ignorance. Dans les sciences on n'évite de tels écueils qu'en se renfermant dans le scepticisme, jusqu'à ce qu'on ait pu s'éclairer soi-même par l'observation directe la plus variée.

Il est vrai de dire aussi que parmi les partisans de la réunion immédiate, un petit nombre paraît avoir convenablement apprécié ses avantages et ses inconvéniens; il règne encore du vague sur plusieurs points, et ce ne sont pas malheureusement ceux qui touchent de moins près au sort des malades; la science attendra sans doute longtemps encore des faits en nombre suffisant et sévèrement observés, avant qu'on puisse adopter une opinion définitive sur ces divers points de pratique.

Hunter a le premier bien indiqué le mécanisme d'après lequel s'opère la réunion immédiate; cet homme célèbre distingue trois modes de réunion; le premier, et sans doute le plus fréquent, a lieu de la manière suivante : lorsque les deux lèvres d'une plaie sont réunies avant que le suintement du sang soit parfaitement arrêté, la petite quantité de ce fluide qui s'épanche entre les deux surfaces devient la première base de leur réunion; en même temps des sucs organiques exhalés, soit par l'ouverture à moitié fermée des vaisseaux, soit par les cellules ouvertes du tissu cellulaire, se mêlent au sang épanché et se forment en une lymphe plastique qui se concrète de plus en plus et agglutine les surfaces divisées; bientôt cette matière s'organise; des vaisseaux, continuation de ceux déjà divisés, ou autres de nouvelle formation, la traversent dans tous les sens, et rétablissent entre les deux lèvres de la plaie les communications organiques que la blessure avait interrompues.

Tel est le premier mode de réunion d'après Hunter; l'in-

flammation semble tout-à-fait étrangère à cette série de phénomènes; mais lorsqu'ils se sont succédé en pure perte, lorsque l'adhésion n'en a point été la conséquence, une nouvelle série d'actes vitaux ne tarde pas à se manifester; l'inflammation y joue le principal rôle. Les deux lèvres de la plaie sont prises alors d'une phlogose modérée dont le résultat secondaire est la sécrétion de la lymphe plastique qui se condense de plus en plus à leur surface, s'y organise et produit l'adhésion. Enfin lorsque ce deuxième moyen de réunion a échoué, la cicatrisation se fait par le développement des granulations.

Thompson ne partage pas les idées de Hunter sur le premier de ces modes de réunion; il pense que l'épanchement de la moindre quantité de sang dans la plaie doit mettre obstacle à la réunion loin d'y concourir; il le regarde comme un corps étranger qui, devenu concret et adhérent aux surfaces divisées, a pu d'abord en imposer pour un centre apparent de réunion; mais il pense qu'il en est infailliblement détaché par l'épanchement prochain de la lymphe plastique que détermine l'inflammation, et qu'il doit être nécessairement éliminé ou disparaître par l'absorption avant que l'adhérence réelle et définitive, produite par la lymphe plastique seule, puisse s'effectuer. Cette manière de voir du professeur d'Edimbourg nous paraît moins fondée et moins près de la vérité; Thompson nous semble avoir donné, dans l'explication de ces phénomènes, une importance trop exclusive à l'inflammation dont il traitait d'une manière spéciale. En effet, comme le dit Hunter, le sang, étant vivant, devient, pour ainsi dire, une partie de nous-mêmes, n'offense point les surfaces avec lesquelles il se trouve en contact, et ne cause point d'irritation; ses parties rouges sont absorbées ou se combinent avec les autres fluides vitaux pour former la lymphe coagulable qui agglutine les lèvres de la division, devient vivante, vasculaire et nerveuse, et permet bientôt entre ces parties les mêmes rapports de fonctions qui existaient auparavant. A l'appui de cette manière de voir nous rapporterons ici un cas d'amputation de la jambe qui fut suivie de l'épanchement d'une petite quantité de sang dans le moignon; le caillot, dont on ne constata l'existence qu'après le troisième ou le quatrième pansement, avait contracté des adhérences avec le fond de la plaie et avait sans doute été en partie entraîné par la suppuration ou repris par l'absorption, lorsque, voulant le détacher des surfaces vivantes, on reconnut qu'il avait contracté avec elles des adhérences internes et solides, en même temps qu'il avait acquis un commencement d'organisation; dès lors on suivit attentivement chaque jour sa transformation en tissu vivant, on le vit acquérir plus tard une organisation celluleuse, revêtir l'apparence d'un gros bourgeon charnu, saillant à la surface de la plaie, et devenir enfin la base de la cicatrice dans le lieu qu'il occupait. Tout récemment, nous venons d'observer un fait se rattachant au sujet qui nous occupe : une femme est portée dans les salles de l'hôpital St.-Louis, atteinte d'un ictère très prononcé et offrant la plupart des symptômes d'une pneumonie au troisième degré : la mort eut lieu le lendemain. A l'autopsie nous trouvâmes la vésicule biliaire distendue par des calculs, les poumons presque partout engoués ou hépatisés; dans le péricarde, dont on n'avait pu constater exactement l'état du vivant de la malade à cause de la matité générale du thorax, existait un épanchement sanguin considérable; la partie coagulable du sang s'était fixée à la surface externe du cœur, où elle formait une membrane d'une épaisseur uniforme, d'apparence celluleuse, intimement adhérente et offrant les traces d'un commencement d'organisation, dont sans doute elle aurait bientôt revêtu les caractères si elle eût reposé sur une surface traumatique récente, et si la vie de la malade se fût quelque temps prolongée. En adoptant au surplus les idées de Thompson, l'élimination au dehors du sang épanché entre les lèvres de la plaie serait beaucoup moins fréquente que sa résorption, et ne devierdrait par suite que rarement une cause d'insuccès pour l'adhésion. On en a la preuve dans la résorption fréquente des épanchemens qui surviennent dans les différentes parties du corps, dans la substance cérébrale surtout, et dont la disparition est suivie de la cicatrisation des parties qu'ils avaient divisées.

Quoi qu'il en soit, il demeure certain que la réunion immédiate s'opère le plus souvent sans le secours de l'inflammation; car, dans une plaie offrant des conditions favorables, l'épanchement des sucs organiques des diverses sources que nous avons indiquées et la formation de la lymphe plastique s'effectuent peu de temps après la lésion, bien avant que l'inflammation ait eu le temps de naître; cette lymphe se condense de plus en plus et rapproche les lèvres de la plaie qui se trouvent ainsi le plus souvent réunies avant qu'aucun phénomène inflammatoire se soit manifesté.

Il est digne de remarque que la cicatrisation ne s'opère jamais qu'au moyen d'une substance membraneuse intermédiaire; cette règle s'applique aux trois modes de réunion que nous ne devrions plus dès lors appeler immédiate dans l'acception rigoureuse du mot. Dans les deux premiers, cette substance est le résultat de la condensation des sucs organiques qui s'épanchent primitivement ou par le fait de l'inflammation, mais dont les transformations ultérieures sont absolument identiques. Dans le troisième mode de réunion ou réunion par suppuration, par granulations ou médiate, si différent en apparence des deux premiers, le mécanisme est cependant à peu près le même : c'est encore une substance intermédiaire et de nouvelle formation qui détermine l'adhérence des parties divisées. On sait depuis longtemps, et l'on a surtout bien vu de nos jours que la sécrétion du pus est due à une membrane recouvrant les granulations et étendue en réseau sur la surface de la plaie; sa présence peut être plus ou moins facile à constater; elle existe également à la surface des cavités anormales accidentelles remplies de pus qu'elle a sécrété. Cette vérité une fois démontrée, on a pu facilement expliquer l'identité de la matière purulente, malgré la très grande différence des organes en suppuration; dans tous les cas, cette membrance, avant de constituer une matière définitive, éprouve une série de modifications successives; elle est d'abord blanchâtre, aréolaire, se laisse ensuite pénétrer par le sang, devient bientôt vasculaire, pour acquérir enfin un haut degré d'organisation et une solidité telle qu'elle résiste aux efforts employés pour la rompre, avec la même efficacité que les parties voisines qu'elle sert à réunir.

Ceci nous conduit naturellement à examiner les effets sur l'adhésion primitive qu'a une certaine quantité de pus formée entre les lèvres de la plaie. Il est difficile de concevoir que, dans la plupart des plaies un peu étendues, l'adhésion pri-

mitive ait exactement lieu sur tous les points de leur surface; la présence des fils des ligatures souvent nombreux, les portions de vaisseaux et de parties molles qu'ils embrassent et qui doivent se séparer du moignon par la mortification, agissent comme corps étrangers et déterminent toujours, pour leur expulsion au dehors ou pour leur absorption, la formation d'une plus ou moins grande quantité de pus; de plus, pour les amputations ordinaires, la difficulté d'établir toujours un contact exact et permanent entre la surface des os et les parties molles qui les avoisinent doit souvent permettre la formation en ce point d'une certaine quantité de suppuration. Mais alors celle-ci s'écoule facilement le long des ligatures, comme c'est sans doute le cas le plus ordinaire; ou bien elle est insensiblement reprise par l'absorption. Ce n'est que quand elle excède la capacité absorbante des vaisseaux qu'elle se rassemble dans divers points du moignon où l'art est obligé de lui livrer passage au dehors. Mais observons que, lorsque les pansemens sont convenablement faits, il arrive rarement qu'elle devienne assez abondante pour s'opposer définitivement à la réunion et pour former un obstacle dont la nature ne puisse triompher.

On peut induire de ce qui précède que l'on doit remplir plusieurs conditions essentielles pour assurer le succès de la réunion; c'est ainsi qu'il importe de rendre le plus régulières possibles, et de donner la forme la plus convenable aux plaies ordinaires qui succèdent à l'ablation de tumeurs sur diverses parties du corps; il est facile alors d'en appliquer exactement les lèvres dans toute leur étendue et sans efforts; à cet effet, il devient quelquefois nécessaire d'en presser les lèvres plus fortement l'une contre l'autre au moyen de tampons de charpie sur lesquels on concentre l'action unissante des bandelettes agglutinatives. Dans d'autres circonstances, le plus souvent à cause du volume des parties retranchées, de la perte de substance qu'ont éprouvée les parties molles environnantes ou de l'organisation particulière des tissus qui forment les lèvres de la plaie, ces moyens seuls seraient insuffisans : il devient nécessaire alors de pratiquer la suture, qui peut seule assurer d'une manière permanente le contact des lèvres de la division; mais elle devient assez rarement indispensable; beaucoup de chirurgiens nous semblent la mettre en usage dans bien des cas où les bandelettes agglutinatives seules et un pansement convenable auraient indubitablement suffi à la réunion. Dans tous les cas, la source du sang doit être parfaitement tarie : il faut multiplier les ligatures à l'excès.

Tous ces préceptes s'appliquent également aux plaies qui succèdent aux amputations, mais elles offrent en outre des inductions particulières et de la plus haute importance; c'est surtout à Louis et à quelques autres chirurgiens que l'on doit divers procédés pour prévenir la conicité du moignon et la saillie de l'os, en coupant les parties molles de manière à leur faire représenter un cône creux dont la surface de l'os scié forme le sommet; cette disposition des chairs, jointe à une longueur suffisante des lambeaux, permet de les appliquer exactement et d'éviter ainsi, par la réunion immédiate, les accidens nombreux et presque toujours mortels auxquels les malades étaient autrefois exposés. Dans ces derniers temps, M. Roux s'est aussi élevé avec raison contre l'usage vicieux de disséquer plus ou moins loin la peau dans l'amputation avant de commencer la section des muscles. Cette pratique ne peut que nuire à la réunion, et rien d'ailleurs ne la justifie depuis qu'il est prouvé que, par des tractions convenables sur la peau avant et après sa section, il est toujours possible de lui conserver assez de longueur et de couper les muscles à une hauteur suffisante pour pouvoir ensuite facilement recouvrir le moignon et appliquer l'une à l'autre les lèvres de la plaie. Il est également important de ne point trop dénuder l'os de son périoste avant d'en pratiquer la section; souvent dans ces cas, l'extrémité dénudée de l'os s'exfolie, irrite les parties voisines et détermine une suppuration plus ou moins abondante qui fait échouer la réunion. Si, dans l'enfance de l'art, on a longtemps et avec tant de prévention rejeté la réunion immédiate après les amputations, et posé même en principe l'impossibilité de la guérison sans suppuration, c'est que la dénudation étendue de l'os, qu'on manquait rarement de pratiquer, l'exposait à la nécrose, et donnait lieu à d'abondantes suppurations. De nos jours, la pratique des chirurgiens est plus rationnelle; toutefois on n'apporte pas toujours à ce temps de l'opération toute l'attention qu'il mérite; le périoste doit être incisé d'un seul trait en contournant l'os, ou si l'on y porte à plusieurs reprises l'instrument, il faut autant que possible lui faire décrire la même ligne circulaire pour ne pas interrompre par des spirales, sur plusieurs points, la continuité des vaisseaux du périoste, ce qui quelquefois détermine la nécrose et l'exfoliation de l'os, comme à la suite d'une véritable dénudation.

L'amputation est souvent nécessitée par des maladies anciennes, par des fractures compliquées, ou les désordres graves que déterminent les projectiles lancés par la poudre; cette altération peut s'étendre jusqu'au lieu où doit être pratiquée la séparation, et l'instrument tranchant agit alors sur des tissus atteints déjà de phlegmasie chronique ou d'une commotion profonde à l'occasion de laquelle se manifeste souvent une inflammation vive du moignon; elle est si fréquente dans ces cas, que Guthrie conseille, à tort sans doute, de ne jamais tenter alors la réunion immédiate. Pour la prévenir et mettre ainsi, dès le principe, la réunion à l'abri de cette cause d'insuccès, les chirurgiens allemands surtout, dont la pratique éclairée trouve chez nous trop peu d'imitateurs, maintiennent pendant un temps variable des réfrigérans appliqués sur le moignon; deux fois seulement j'ai pu suivre par moi-même les effets de cette thérapeutique dont le succès fut complet; elle semble d'ailleurs avouée par la physiologie, et serait sans doute d'un grand secours dans les cas dont il s'agit, entre les mains d'un chirurgien habile. Mais si déjà l'inflammation s'est emparée du moignon, et qu'elle ait une intensité telle qu'on ne puisse désormais espérer la résolution, tous les moyens usités en pareil cas étant épuisés, et la réunion immédiate manquée, S. Cooper conseille d'enlever les bandelettes agglutinatives et autres moyens d'union, pour faire cesser la compression du moignon, et de recourir aux antiphlogistiques. Ces accidens inflammatoires réprimés, on n'a plus à attendre qu'une réunion secondaire par les granulations.

On a discuté les avantages comparatifs que peut faire naître, en faveur de la réunion immédiate, le rapprochement des lèvres de la plaie transversalement ou perpendicu-

lairement à l'axe du membre : Hutchinson pense que, quand on a réuni perpendiculairement, le moignon étant placé sur un coussin, la pression doit tendre nécessairement à faire entr'ouvrir la partie inférieure de la plaie et de la sorte empêcher l'adhésion. Préoccupé du besoin de fournir au pus qui peut s'être formé dans la profondeur du moignon un écoulement facile au dehors, M. Roux fait valoir, en faveur de la réunion perpendiculaire, les mêmes argumens dont s'appuient d'autres chirurgiens pour la rejeter. Cet habile opérateur préfère la réunion verticale pour prévenir la stagnation du pus dans le moignon, et conseille en outre de ne jamais rapprocher entièrement, dans une assez grand étendue, l'angle inférieur de la plaie. D'après ce que nous avons déjà vu sur les effets d'une certaine quantité de suppuration dans la plaie, cette pratique nous semble, dans la majorité des cas, contraire aux lois qui président à la réunion. Il résulte de nos observations que, si l'adhésion n'a pas toujours exactement eu lieu sur toute la surface de la plaie, du moins elle a rarement échoué sur d'autres points que le trajet étroit qu'occupaient les ligatures; que, bien qu'on eût mis dans un contact immédiat l'angle inférieur comme le reste de la plaie, cependant nous n'avons point vu de collection purulente séjourner dans la profondeur du moignon; le pus, s'il s'en était formé quelque part, avait pu s'écouler le long des ligatures, quoiqu'on n'eût point laissé la plaie béante autour d'elles. Du reste l'oblitération de ce trajet a toujours été rapide après la chute des ligatures, tandis que, si l'on n'a pas osé rapprocher une partie de la plaie à son angle inférieur dans la crainte vaine de voir la suppuration stagner dans le moignon, la cicatrice ne s'y fait que tardivement par le développement secondaire des bourgeons charnus; on associe de la sorte, à la réunion primitive, les longueurs et plusieurs inconvéniens de la réunion secondaire dans une partie de la plaie. A Montpellier, où l'on a poursuivi avec autant de zèle que de talent, les recherches sur la réunion immédiate, on rapprochait en général les plaies des grandes amputations transversalement à l'axe du membre, et les succès nombreux qu'on obtenait par cette méthode sont une preuve irrécusable de sa bonté; quelques chirurgiens anglais accordaient aussi la préférence à cette seconde manière de réunir la plaie et lui reconnaissent autant d'avantages. Dans ce cas, le moignon porte à plat par une large surface sur les coussins et ne tend point, comme dans le premier cas, à s'entr'ouvrir par son propre poids; on allègue encore une disposition plus favorable de la cicatrice, en cas d'usage ultérieur d'un membre de bois, et quelques autres avantages moins faciles à saisir.

L'expérience a de tout temps appris que la présence des ligatures était un des principaux obstacles à la réunion; aussi beaucoup de chirurgiens ont fait les recherches les plus variées pour parvenir à surmonter ces difficultés; mais malheureusement ces expériences ont eu moins d'utilité que d'intérêt. Partant du principe que les fils des ligatures agissent à la surface des plaies à l'instar de corps étrangers et en raison de leur surface, on a cherché d'abord à en atténuer l'action irritante en coupant près du vaisseau l'une des moitiés du fil et laissant subsister l'autre pour retirer le nœud lorsqu'il vient à se détacher. Cette modification, usitée avant 1797, particulièrement dans quelques hôpitaux de Londres, et dont l'utilité fut démontrée en 1806 par James Veitch, est aujourd'hui généralement suivie, et ses avantages, quoique peu marqués, ne sont pourtant pas à dédaigner.

Les chirurgiens anglais, qui les premiers ont bien étudié le mécanisme de la cicatrisation des artères s'étant convaincus qu'elle avait lieu toujours à la faveur de la condensation de lymphe plastique fournie par la déchirure de la membrane interne et moyenne, ont donné le précepte, et Jones surtout, contrairement aux idées de Scarpa, de ne plus se servir que de fils minces et de soie pour embrasser le vaisseau et produire la section nette de ces membranes par une constriction modérée. Cette grande réforme, tout en proscrivant les ligatures grossières employées jusqu'alors avec des résultats contraires à ceux qu'on en espérait, a encore tourné à l'avantage de la réunion immédiate, en ne laissant séjourner à la surface de la plaie que des corps du moindre volume possible.

Toutefois, quelque fins que soient les fils dont on fasse usage, on ne saurait se dissimuler qu'ils déterminent de l'irritation et souvent de la suppuration plus ou moins loin autour d'eux, et s'opposent à l'adhésion primitive dans le lieu qu'ils occupent, dont la cicatrisation n'arrive qu'après leur chute. C'est pour parer à ces inconvéniens que le génie inventif des chirurgiens anglais introduisit dans la pratique une autre amélioration importante qui, quoique modifiée depuis, n'a pourtant été mise en usage que par un petit nombre d'opérateurs. Haire rapporte dans une lettre recueillie par M. Hennen « que déjà, en 1786, un habile chirurgien de ses amis, frappé du trouble et du retard que le contact des ligatures apportait à la guérison des plaies, proposa de couper les fils près du nœud, de réunir et de laisser le tout dans cet état; en suivant cette méthode, ajoute-t-il, nous voyons les moignons guérir dans l'espace de dix jours. Les courtes ligatures qui restaient trouvaient ordinairement une issue, en peu de temps, par une petite ouverture, et cela sans accidens et sans douleur... » Le succès de cette méthode est très satisfaisant si l'on considère, comme l'observe M. Hennen, l'épaisseur des ligatures dont on faisait usage à cette époque. Employée de nouveau avec succès, en 1792, par Wilson dans un cas d'amputation, elle fut, en 1813, fréquemment essayée dans la pratique militaire par M. Hennen lui-même, qui, persuadé de son utilité, non-seulement pour favoriser le succès de la réunion, mais encore pour mettre les ligatures à l'abri de toute violence extérieure et de manœuvres intempestives qui pouvaient en hâter la chute, l'employa pour plus de trente cas différens sans qu'il en résultât le moindre inconvénient, et sans que le peu de soie qui pouvait rester au fond de la plaie produisit la plus légère apparence d'irritation. Ces petits nœuds, dit ce chirurgien, tombaient avec l'appareil ou se présentaient à l'ouverture de petites pustules qui se formaient à la surface des moignons dans des points correspondans aux ligatures des artères; il y eut un petit nombre de ces fils qu'on ne retrouva pas, et cependant les malades n'en éprouvèrent aucune espèce d'incommodité. Un an après, M. Lawrence communiqua quelques observations à l'appui de cette pratique à la Société médicale et chirurgicale de Londres, et plus tard cet habile chirurgien,

fondé sur une expérience plus étendue, s'en déclara l'un des partisans les plus zélés : il recommande de couper les extrémités des ligatures aussi près du nœud qu'on peut le faire en toute sûreté, et d'employer des fils de soie les plus solides et les plus minces possibles; ceux connus vulgairement sous le nom de soie de dentiste sont, d'après lui, les plus forts en proportion du volume, et offrent le plus d'avantage en même temps qu'ils résistent le mieux à l'effort nécessaire pour diviser les tuniques interne et moyenne de l'artère. Cette méthode n'a jamais eu de résultats fâcheux entre ses mains, et convaincu de sa bonté et des succès qu'on peut en obtenir, employée avec ces modifications et les soins convenables, ce chirurgien en généralise l'application. En diminuant l'irritation et l'inflammation, et en simplifiant le pansement, on évite, dit-il, des inquiétudes au malade, et on épargne des embarras au chirurgien. Persuadé, comme lui, de ses avantages, Delpech est l'un des chirurgiens français qui l'ont employée avec le plus de succès; naguère encore ce célèbre professeur, dont les sciences déplorent la perte, a obtenu les résultats les plus favorables par la réunion immédiate, secondée de cette méthode, dans divers cas d'amputation. M. Roux l'avait lui-même essayée dans trois ablations du sein, sans qu'il résultât aucun accident de la présence de ces morceaux de fil sous la cicatrice. Plusieurs des chirurgiens les plus distingués de Londres professent à ce sujet une opinion non moins favorable.

On a cependant cité quelques observations qui lui sont contraires; Guthrie ayant vu, dans deux ou trois circonstances, des abcès de mauvaise nature déterminés par la présence des nœuds de ligatures, n'approuvait cette méthode que lorsque la réunion par première intention paraissait devoir échouer ou ne devait pas être tentée. Si, en effet, elle n'a pas été généralement adoptée, cela tient sans doute à la crainte de voir de semblables accidens déterminés par la présence des nœuds dans la profondeur des plaies.

Dominés par cette appréhension salutaire, et voulant en même temps conserver les avantages que cette méthode offre pour la réunion, quelques chirurgiens se sont livrés à une nouvelle série de recherches. La persistance, ou tout au moins la difficulté qu'éprouvent à être absorbés, dans la plupart des cas, ces bouts de ligatures en fil de soie, ont porté à penser que, faites de substances animales, de corde à boyau, par exemple, elles pourraient, au bout de quelque temps, être ramollies par leur contact prolongé avec les fluides du moignon, et céder ensuite au travail de l'absorption, sans avoir donné lieu aux accidens dont nous parlons. Ce raisonnement, fait à *priori*, sembait devoir être confirmé par l'expérience, et cette méthode a eu en effet entre les mains des chirurgiens anglais des résultats souvent heureux. Il n'en est pas de même en France, où, essayées entre autres, par M. Dupuytren à diverses reprises, et sans doute avec l'habileté ordinaire de ce grand chirurgien, ces ligatures de substance animale, coupées près du nœud, n'ont pu être résorbées, et ont plus tard donné lieu à des abcès qui se sont fait jour à la surface de la cicatrice. Quoi qu'il en soit, cette question, d'une si haute importance pour la réunion immédiate et qui s'y rattache de si près, ne nous semble pas irrévocablement jugée, et nous paraît digne de fixer encore l'attention et l'intérêt des praticiens. Avant de rejeter une méthode dont les résultats pourraient devenir si importans, il semble convenable d'en varier encore l'application, et de lui faire subir toutes les modifications possibles, soit quant à la substance qui doit former la ligature, soit quant à sa préparation.

La torsion des artères avait fait naître, dans ces derniers temps, les plus belles espérances parmi les partisans de la réunion. De tous les moyens connus pour arrêter le cours du sang après les opérations, la torsion est incontestablement le plus remarquable; elle a sur tous les autres l'avantage de ne laisser dans la plaie aucun corps étranger qui l'irrite, y détermine de la suppuration, et fasse de la sorte échouer la réunion. Mais il n'en est pas de même sous le rapport de sa puissance hémostatique; quel que soit le mérite des faits remarquables que l'on a cités en sa faveur, il semble néanmoins qu'elle trouvera rarement parmi les chirurgiens la confiance et peut-être l'habileté nécessaires pour qu'on la mette en pratique. La crainte d'une hémorrhagie prochaine et foudroyante détournera toujours de son emploi des praticiens timides ou consciencieux, habitués à ne rien risquer sur le sort de leurs malades. Cependant la méthode de la torsion des artères gagnait chaque jour de la faveur dans le monde médical, lorsque les judicieuses recherches faites par M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, sont venues détruire ces prestiges, et ranimer les craintes dont on n'avait pu se défendre dès sa publication. Aussi, malgré les avantages immenses qu'elle pourrait avoir pour la réunion, les dangers dont elle s'accompagne et qui menacent à chaque instant d'éclater, laisseront à peu de chirurgiens assez de sécurité pour oser la tenter; il lui a à cet effet manqué un degré de certitude qu'elle est loin d'avoir encore, et dont elle nous semble à peine susceptible.

En rappelant nos souvenirs, en nous retraçant les sensations et la défiance involontaires que nous éprouvâmes la première fois que nous vîmes des opérés laissés dans l'appareil aussi longtemps que nous l'avons déjà dit, il ne nous est pas difficile de comprendre que cette pratique paraisse d'abord bizarre et périlleuse; à cette époque il était en quelque sorte naturel que des documens sur des sujets analogues, recueillis dans des pays lointains, par des hommes à la vérité du caractère le plus honorable, parussent à peine suffisans pour engager à soumettre à l'expérience une méthode si contraire à la pratique généralement suivie. Mais aujourd'hui, rassurés par des faits nombreux à l'aide desquels nous avons pu mieux apprécier divers phénomènes de la réunion et de la cicatrisation en général, la méthode dont nous parlons nous paraît simple et conforme, dans ces cas, au travail réparateur de l'organisme. Est-ce bien en effet après avoir mûrement réfléchi sur ce qui se passe dans une plaie quelque temps après sa formation, et sur les qualités nuisibles ou inertes du pus en contact avec elle, qu'on a si magistralement recommandé de lever le premier appareil, les uns le 3e ou le 4e jour, d'autres le 5e, 6e, etc.? Les accidens dont on menace, si l'on ne se conforme à ce précepte, sont-ils bien réels, ou bien ne sont-ce que les traditions d'un humorisme empirique qu'on érige de la sorte en axiomes avoués du raisonnement et sanctionnés par l'ex-

périence ? Il est d'abord certain que le repos le plus absolu du moignon est indispensable pour que la réunion primitive puisse s'opérer. On dirait vainement qu'avec de l'attention et toutes les précautions nécessaires, on peut faire la levée de l'appareil sans imprimer au membre des secousses nuisibles; il semble difficile, et l'expérience le confirme tous les jours, qu'on soulève le moignon, souvent d'un des membres les plus lourds du corps, sans employer des efforts plus ou moins considérables ; qu'on puisse enlever des bandages roulés, des compresses qui se croisent en divers sens sur le moignon, et le plus souvent agglutinées par la concrétion des fluides qu'il a fournis ; détacher de sa surface une grande quantité de charpie presque toujours adhérente et collée par le suintement de la plaie, sans presser de cent manières le moignon, sans provoquer la contraction des muscles irrités, et imprimer aux deux surfaces de la plaie des froissemens qui les décollent, en entraînent la suppuration, et font inévitablement échouer l'adhésion par première intention. En outre, lorsque le premier épanchement de la lymphe plastique est entraîné au dehors avec l'exhalation sanguine de la plaie, l'adhérence, comme l'a dit Hunter, n'a lieu qu'à la faveur d'un épanchement secondaire de cette même lymphe plastique, dû à l'irritation traumatique ; or, ces phénomènes du traumatisme ont lieu à peu près à l'époque assignée par quelques-uns à la levée prématurée de l'appareil ; la nature, traversée dans ses opérations par les pratiques vicieuses de l'homme de l'art, manque son but ; et, dans la majorité des cas, la réunion échouant, on attribue à l'organisme des insuccès qui sont le fait du zèle empirique du chirurgien. On sait d'ailleurs que, lors même que l'adhésion primitive s'effectue sans le secours de l'inflammation et peu de temps après l'opération, la membrane interne qui en forme la base demeure fragile pendant quelque temps, et subit des modifications successives avant d'avoir acquis assez de consistance pour résister, sans se rompre, aux secousses qui lui sont imprimées par les pansemens. Sous ces divers rapports, la pratique généralement suivie dans les cas de réunion primitive est donc vicieuse.

Et cependant qu'alléguerait-on en sa faveur ou pour la justifier : les dangers du contact aussi longtemps prolongé du pus avec la plaie, et la crainte que ce fluide s'altère et amène ainsi des accidens? Mais d'abord, lorsque l'adhésion primitive a lieu dans toute l'étendue de la plaie, cette objection tombe d'elle-même, et l'on aura à s'applaudir d'avoir insisté sur toutes les circonstances qui en ont amené le succès. Mais si la réunion n'a lieu que dans une partie de la plaie, faudra-t-il ne pas en tenir compte, et, pénétré de ces craintes, lever l'appareil aux risques de détruire la portion de cicatrice obtenue pour prévenir les accidens qu'amènerait le contact prolongé du pus avec les surfaces non réunies ? Mais on a pu voir, par les observations que nous avons déjà rapportées, que ces craintes sont chimériques. Voici, du reste, à l'appui de ces faits, le résumé de la pratique et des opinions de M. Larrey sur ce point de doctrine. Après avoir dit que la plaie succédant aux amputations doit être pansée tard, il donne, à l'occasion des fractures compliquées de *larges plaies*, les préceptes suivans qui rentrent dans notre sujet :

« Quelle que soit la fracture, l'appareil doit rester en place et sans être renouvelé, jusqu'à l'époque de la soudure complète de l'os et de *l'entière cicatrisation des plaies*. L'on ne doit point se mettre en peine de ce que peuvent devenir les fluides ou la matière purulente qui s'exhalent de ces plaies ; en privant ces solutions de continuité du contact de l'air par les couches plus ou moins épaisses de linge qui forment l'appareil, on les isole, d'une part, de l'humidité et des miasmes insalubres de l'atmosphère, et l'on épargne, de l'autre, au blessé, des pansemens douloureux, répétés fréquemment d'après toutes les méthodes usitées. On prévient ainsi le frottement des fragmens osseux causés par les mouvemens imprimés au membre dans chaque pansement, l'irritation locale, l'érysipèle des tégumens, l'inflammation plus ou moins profonde des parties molles, celle des membranes osseuses, et la dénudation des os, leur carie et leur nécrose, enfin tous les accidens qui peuvent porter le trouble dans les organes intérieurs.

» L'action tonique et répercussive des substances spiritueuses, camphrées et albumineuses, dont les compresses de l'appareil sont imbibées, fluidifie les liquides *épaissis* et extravasés, les fait rentrer dans la voie de la circulation, et de concert avec la compression mécanique ramène l'action des vaisseaux et opère de proche en proche une résolution totale. Aussi la suppuration est presque *nulle*, car l'inflammation des organes lésés est en quelque sorte *avortée*. Les fluides qui se sont d'abord échappés de ces plaies dans l'appareil, et que la pression circulaire et uniforme de celui-ci a fait exprimer au dehors, se répandent entre les premières compresses et la périphérie du membre. Une partie pénètre dans l'appareil, s'évapore, et leurs molécules les plus épaisses se concrètent et forment une écorce croûteuse qui se dessèche toujours de plus en plus ; par ce travail combiné d'exsudation et de résolution, le membre blessé se dégage, les vaisseaux rompus des os et des parties molles se rapprochent et s'anastomosent dans tous les sens pour produire la soudure et la cicatrice qu'on trouve en effet formées à la levée de l'appareil.»

Nous avons dû rapporter en entier ce passage, qui confirme, en plusieurs points, la méthode que nous discutons ; quoiqu'il ait surtout pour objet les phénomènes dont s'accompagne la consolidation des os fracturés, il contient plusieurs faits directement applicables à la division des parties molles. En effet, si la permanence jusqu'à guérison et pendant un temps très long du premier appareil sur les plaies souvent très larges et profondes qui compliquent les fractures, loin d'occasioner des accidens, les a prévenus; si l'on a trouvé ces plaies parfaitement cicatrisées en même temps que la fracture consolidée, lorsque, après quarante, cinquante jours, etc., on a défait l'appareil, combien doivent être moindres les craintes que pourrait inspirer le séjour de l'appareil, pendant douze ou quatorze jours, sur des plaies succédant aux amputations ou autres opérations? Au reste, ayant voulu connaître par comparaison les effets de cette pratique sur des plaies réunies *médiatement*, nous avons plusieurs fois été surpris, en en changeant le premier appareil après treize ou quatorze jours, de voir que la cicatrisation en était beaucoup plus active que si on les eût fréquemment pansées ; nous avons été étonnés de la petite quantité de suppuration qu'elles avaient fournie, et qui s'é-

tait concrétée dans les pièces de l'appareil, et du bon aspect des bourgeons charnus. Dès ce moment, la cicatrice de ces plaies s'achevait promptement; aucune n'a revêtu les mauvais caractères qu'elles prennent souvent à la suite de pansemens fréquens, et qui en retardent si longtemps la guérison. Ces faits démontrent donc que la permanence de l'appareil et le contact prolongé du pus avec les portions non primitivement cicatrisées de la plaie, n'occasionent point les accidens qu'on pourrait d'abord redouter. Voyons en outre si à cet égard le raisonnement n'est pas d'accord avec l'expérience.

On a évidemment partagé les erreurs et les préjugés du vulgaire, en attribuant au pus des qualités essentiellement délétères. Cette manière de voir était tout au plus permise avant que les sciences physiques eussent acquis cette précision d'analyse qui a donné tant d'impulsion à quelques-unes de nos connaissances. A cette époque, la physiologie abstraite et systématique n'avait pas encore porté le flambeau de l'expérience sur la plupart des phénomènes organiques du corps humain. Aujourd'hui éclairés par tant de découvertes, et mieux en mesure d'apprécier, à l'aide de tous ces moyens d'analyse, les phénomènes que nous soumettons à l'observation, ne sait-on pas à quoi s'en tenir sur ces prétendues qualités nuisibles du pus? Il n'entre dans sa composition aucun principe qui puisse déterminer les accidens qu'on redoute, et si, lorsque la proportion des sels qu'il contient est augmentée, il peut devenir irritant pour des surfaces étrangères, il ne l'est nullement, comme on l'a dit, pour celles qui l'ont sécrété, et constitue au contraire un topique parfaitement en rapport avec leur mode de vitalité. Or, tant qu'il reste à l'abri du contact de l'air dont il est préservé par les pièces du pansement, il n'éprouve aucune de ces altérations qui, dans ce dernier cas, lui impriment des qualités nuisibles en changeant chimiquement sa nature. La levée tardive du premier appareil, loin d'avoir des inconvéniens, préviendra la décomposition du pus, en préservant pendant longtemps et sûrement la plaie du contact toujours nuisible de l'air.

Le pus, ainsi préservé des altérations que pourrait lui imprimer l'action de l'air, non-seulement ne nuit pas à la plaie par un contact longtemps prolongé, mais il est même des cas où il nous a paru avoir alors des avantages. En effet, lorsque la réunion a échoué en quelques endroits, ou qu'elle n'a même pas été tentée, nous avons été quelquefois frappé, comme M. Larrey en a le premier fait la remarque, de la petite quantité de suppuration qui s'était rassemblée à la surface de l'appareil, et qui n'était point en rapport avec celle que fournissent ordinairement des plaies d'égale dimension. Ce topique semble, dans ces cas, agir utilement en maintenant la plaie à un même degré de vitalité, en la préservant d'un excès de phlogose, et rendant ainsi moindres les produits de sa sécrétion. Il est facile de saisir les avantages que cette méthode aurait sous ce rapport, appliquée à des sujets d'une mauvaise constitution, débiles ou épuisés par d'anciennes maladies ou des écoulemens chroniques antérieurs. La malade qui fait le sujet de la 9e observation présentait plusieurs de ces conditions, et nous paraît avoir confirmé cette manière de voir.

L'inflammation et par suite la sécrétion du pus ainsi en quelque sorte avortées, comme l'a dit M. Larrey, la portion de plaie non primitivement réunie est mieux disposée pour la cicatrice. La membrane qui doit en former la base, protégée d'un côté par une couche de suppuration qui s'est condensée à sa surface, et étant le siége d'une sécrétion moins abondante, se trouve dans des conditions bien plus favorables pour subir toutes les modifications qui la changent enfin en cicatrice, que si elle eût été maintes fois exposée au contact de l'air et irritée par de nombreux pansemens. On en a la preuve dans la promptitude avec laquelle la cicatrice se forme à la suite de la levée tardive du premier appareil sur des plaies dont la réunion primitive n'a réussi qu'en partie, ou n'a même pas été tentée.

Mais a-t-on à redouter la phlébite à l'occasion de cette méthode de pansement? Jamais dans ce cas nous n'en avons observé le moindre symptôme. Essayons pourtant s'il est possible de saisir les conditions à la faveur desquelles cette affection se manifeste le plus souvent, pour les rapprocher du sujet qui nous occupe.

On a reconnu, depuis quelques années surtout, que la mort, après les grandes opérations, était le plus souvent due à l'altération du sang par le pus, et aux lésions graves que ce fluide ainsi vicié détermine dans un certain ordre d'organes. Cette cause de mort est tellement fréquente, que sur vingt-trois individus victimes des accidens amenés par des amputations, M. Blandin en a trouvé dix-huit dont les veines contenaient du pus à l'état de mélange variable avec le sang, ou rassemblé en collections à la périphérie des organes parenchymateux. Ce point de pathologie chirurgicale est donc de la plus haute importance à cause des fâcheux résultats qui en découlent, et a déjà exercé le talent de quelques-uns de nos praticiens les plus distingués. Or, il règne à ce sujet deux opinions principales: 1° ou bien le pus trouvé dans les veines ou dans divers organes des amputés prouve l'existence d'une phlébite sous l'influence de laquelle il a été sécrété; 2° ou bien ce pus a été absorbé à la surface de la plaie pour passer dans les veines, et quelquefois être déposé par elles dans le tissu de divers organes. Sans vouloir reproduire ici les argumens par lesquels les partisans de l'une ou de l'autre de ces deux opinions cherchent à les établir, nous nous bornerons à établir qu'il semble, d'après un nombre imposant de faits bien observés, que c'est le plus souvent à l'inflammation des veines du moignon que sont dus tous ces désordres. Sur trois sujets morts des suites de l'amputation, dont nous avons dû nous-même faire l'ouverture, et les seuls chez lesquels nous ayons trouvé du pus dans les veines, etc., nous avons cru reconnaître les signes certains de la phlébite. De plus, il y a peu d'années encore, M. Dance, dont personne sans doute ne déclinera l'autorité sur ce point de doctrine, comme sur bien d'autres, prié de venir assister, dans les salles d'autopsie de l'Hôtel-Dieu, à l'examen de sujets dont la mort avait été précédée de divers symptômes de résorption purulente, nous a souvent fait voir, lorsqu'on trouvait du pus dans les veines ou autres organes, les parois de ces vaisseaux épaissies, leur membrane interne recouverte de couches pseudo-membraneuses, leurs valvules détruites ou injectées, et d'autres altérations du système veineux, caractères non équivoques de la phlébite. Si donc le pus qu'on trouve dans les veines, les poumons, le foie,

dans les membranes séreuses, splanchniques ou articulaires des individus morts à la suite d'amputations, est dû à l'inflammation des veines du moignon, n'est-il pas certain, comme nous l'avons déjà démontré, qu'en prévenant cette inflammation par la réunion immédiate associée au renouvellement tardif du premier appareil, on évite ces accidens terribles dits de résorption purulente, loin d'en favoriser le développement.

Mais admettons pour un instant l'opinion contraire; supposons que le pus qu'on trouve dans les veines pénètre dans ces vaisseaux par simple absorption, et ne soit pas le résultat d'une phlébite : dans cette hypothèse même, nous ne voyons pas davantage que cette absorption doive plutôt avoir lieu lorsque l'on retarde la levée du premier appareil qu'à la suite de pansemens fréquens; car, comme nous l'avons déjà vu, non-seulement la sécrétion du pus est moins abondante par l'emploi de cette méthode, mais encore ce liquide se condense d'une manière remarquable à la surface de la plaie, par la pénétration dans les pièces extérieures de l'appareil, et la vaporisation de ses parties les plus fluides. Or, diminution notable dans les produits de la sécrétion, et condensation de ces produits à la surface de la plaie, ce sont là deux conditions qui doivent en rendre l'absorption plus difficile et moins fréquente. Du reste, la résorption purulente devrait s'effectuer le plus ordinairement par les veines d'un calibre médiocre, puisque, comme l'observation l'a prouvé, c'est dans celles-là qu'on rencontre presque toujours ces collections; or, on sait que la plupart de ces veines sont embrassées par la ligature en même temps que les artères dont elles sont les satellites : le pus qu'elles contiennent n'est donc pas le résultat de leur absorption, puisque leur calibre est oblitéré, et a été, au contraire, fourni par la phlébite causée par les ligatures et l'inflammation générale du moignon. D'ailleurs si, dans ce cas, le pus était réellement absorbé, il devait être pris, pour ainsi dire, par molécules, se mélanger intimement avec le sang, comme cela a lieu pour les autres liquides absorbés et qui lui sont miscibles, et de la sorte devenir inappréciable à l'œil, au lieu de former des collections abondantes; il faut donc conclure de là que le pus n'est pas absorbé par cet ordre de vaisseaux, et les partisans eux-mêmes de cette opinion ont dû se rendre à ces argumens tout logiques et en rapport avec les faits.

Mais sont-ce donc les veines d'un gros calibre qui, n'étant presque jamais embrassées en même temps que leur artère collatérale, sont les agens de cette absorption? D'une part, on ne trouve presque jamais du pus à l'origine de ces gros vaisseaux, comme cela a lieu pour ceux d'un ordre inférieur : nouvelle preuve en faveur de la phlébite que détermine la ligature inévitable de ces derniers; on conçoit de plus avec quelle difficulté l'extrémité largement béante de ces veines exécuterait l'absorption. Cependant pour soutenir jusque dans ses derniers retranchemens l'opinion de l'absorption, M. Maréchal avait imaginé une théorie ingénieuse, sans doute, mais forcée et n'ôtant rien à la valeur des faits contraires que nous venons de rappeler. Cet habile chirurgien, voyant l'impossibilité d'admettre que « les grosses veines largement béantes pompaient le pus par les procédés ordinaires de l'absorption, prétendait que cette matière était attirée dans les veines ouvertes par l'aspiration que produisent sur ces vaisseaux les mouvemens d'inspiration, et ceux par lesquels l'oreillette droite se dilate. » Pour que cette théorie fût vraie, il faudrait que, puisque le vide en question se fait surtout sentir dans les gros troncs veineux, on rencontrât le plus souvent le pus dans leur cavité. Or, c'est ce que dément l'observation de chaque jour. Cette dernière hypothèse est donc en opposition avec les faits, et tombe d'elle-même.

Que si maintenant, malgré la nécessité, dans ce cas, du mélange le plus intime du pus avec le sang, et les autres argumens que nous avons vus contraires à cette hypothèse, on veut admettre que le pus est absorbé par des veinules d'un moindre diamètre que celles qui ont été liées avec les artères, nous répondrons que la levée tardive du premier appareil ne doit pas rendre cette absorption plus fréquente. Aux raisons que nous avons déjà données, nous ajouterons que cette absorption ne saurait alors être purement mécanique; qu'elle s'effectuerait comme les autres fonctions auxquelles président les propriétés vitales des tissus, à la faveur de l'influx nerveux que reçoivent les radicules veineuses qui doivent en être les agens. Or, dans ce cas, en pansant fréquemment la plaie dès le principe, on augmente évidemment l'inflammation du moignon; les radicules veineuses y participent comme tous les autres tissus, et peut-être à un plus haut degré, à cause de leur organisation; de la sorte leur vitalité se trouve singulièrement augmentée, et par suite l'absorption devient beaucoup plus active que si l'on eût prévenu ces accidens en ne levant que tard l'appareil. De ces diverses considérations, et d'autres que nous ne pouvons signaler ici, il résulte que la présence du pus dans les veines est due à une phlébite; que pour prévenir ces accidens, il y a de l'avantage à retarder la levée du premier appareil; qu'il en serait encore de même dans l'hypothèse de l'absorption du pus par les veines à la surface de la plaie. Mais nous venons de faire voir le peu de fondement de cette dernière opinion, dont M. Dance surtout a démontré le vide par une série de belles recherches anatomiques qui lui ont presque toujours permis de constater les caractères non équivoques de la phlébite, et qui sont de nature à porter la conviction dans les esprits.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

—

Recherches expérimentales sur les effets de la perte de sang;

Par M. MARSHALL HALL, *M. D.* (1).

« Un examen approfondi des effets résultans de la perte du sang chez l'homme, par la saignée ou par l'hémorrhagie, m'a

(1) *Medico-Chirurgical Transactions*. T. XVII. 1832.

convaincu que tant de questions restent encore dans l'obscurité, que des recherches expérimentales étaient non-seulement à désirer, mais d'une haute importance.

» 1° Dans ce but il m'a paru indispensable de déterminer les effets de la perte du sang, dans des circonstances indépendantes de toute maladie ou de tout autre état anormal du système.

» 2° Il m'a semblé aussi très important d'établir la différence qui existe dans les effets de la perte du sang dans les divers âges.

» 3° De plus, j'ai cru nécessaire de remplir une lacune que présentait mon dernier travail, en déterminant avec plus d'exactitude et d'une manière plus évidente les différens changemens organiques produits par la perte de sang.

» 4° Comme, d'un côté, la saignée est le moyen le plus puissant que l'art ait à sa disposition, et que de l'autre l'hémorrhagie est une maladie très grave, il est de la dernière importance de fixer les règles et les limites qui doivent faire prescrire la première, et de rechercher les remèdes les plus efficaces pour combattre la dernière.

» Les observations contenues dans ce mémoire sont consacrées à l'examen des effets de la perte du sang chez les animaux adultes. On peut les diviser de la manière suivante : 1° syncope ; 2° réaction excessive ; 3° défaillance graduelle ; 4° mort instantanée ; et 5° changemens organiques.

» Pour les autres parties de ces recherches, et particulièrement pour ce qui regarde les effets de la perte de sang chez les jeunes sujets, elles seront examinées dans une autre communication.

» L'exactitude des expériences suivantes ne peut être révoquée en doute ; car elles ont été faites sous les yeux et avec la coopération du docteur Hope et de M. Field ; d'ailleurs, les résultats ont été si souvent observés, et rédigés à l'instant même avec tant de soin, qu'il n'y avait pas moyen de tomber dans l'erreur.

» 1° *De la syncope.* — On peut considérer la syncope comme le premier des effets réels de la perte du sang. Plusieurs précautions sont indispensables pour produire cet état : 1° l'animal doit posséder un certain degré de force ; 2° le sang doit être tiré avec assez de vitesse ; et 3° la position doit être plus ou moins élevée. Si une ou l'ensemble de ces conditions manquent, au lieu de produire la syncope, on causera un état à peu près semblable à celui de la mort, et très distinct de la syncope.

» Tous les phénomènes de la syncope paraissent être produits par la soustraction subite du sang du *cerveau*. La langueur des yeux et de l'expression, l'essoufflement, la cessation ou la diminution extrême de la fréquence et de la force des battemens du cœur et des artères, la perte d'appétit, les nausées et le vomissement, la faiblesse des muscles volontaires et le relâchement des sphincters de la vessie et du rectum, paraissent avoir la même origine.

» La vérité de cette observation, quant à quelques-uns de ces phénomènes, est mise hors de doute par l'influence de la position. On peut renouveler les phénomènes les plus remarquables de la syncope, lors même qu'ils ont tout-à-fait disparu, en mettant l'animal dans une position telle, que sa tête soit aussi élevée et les autres parties du corps aussi abaissées que possible. Si dans ce moment on applique l'oreille à la région du cœur, on trouve que son action, qui était très perceptible avant le changement de position, est suspendue ou tellement affaiblie qu'on a peine à l'entendre. Au contraire, on remarque, au moment où l'on change la position de l'animal, qu'il lève la tête, regarde autour de lui ; sa respiration, quoique gênée par une position si incommode, est en grande partie rétablie, et les pulsations du cœur se font sentir à l'instant, et en peu de temps deviennent bruyantes et fortes.

» L'influence de la position sur l'action du cœur dans les cas de syncope, est un des faits les plus intéressans ; elle a été constatée et vérifiée à plusieurs reprises dans les expériences ci-après détaillées. Cette influence est à l'instant évidente et positive. La position droite fit cesser l'action du cœur ; la position inverse la rappela, et même plus promptement. A mesure et en même temps que diminuait l'action du cœur, on observait l'abaissement de la lèvre inférieure et l'essoufflement, de telle sorte que celui qui examinait l'animal savait très positivement ce que l'autre entendait en auscultant les battemens du cœur. »

Il paraît évident, d'après ces faits, que la syncope dépend principalement de l'état du cerveau, et que celui du cœur lui-même n'exerce qu'une influence secondaire sur la production de ce phénomène.

Toutes les fonctions sont affectées par la syncope, mais d'une manière correspondante à l'intensité de son action. L'abaissement de la tête et de la paupière, la démarche chancelante, l'essoufflement et les soupirs, l'affaiblissement des battemens du cœur et du pouls, le dégoût pour les alimens, s'observent dans les syncopes légères ; mais dans celles qui sont plus intenses, la respiration est laborieuse, et exécutée principalement par le diaphragme ; il existe aussi des nausées et des vomissemens, et les intestins sont non-seulement affectés, mais il y a en même temps relâchement du sphincter de l'anus. Un tel état de syncope n'est pas sans danger pour la vie.

Dans les phénomènes de syncope, un soupir forme le premier anneau de la chaîne, et le vomissement, le relâchement du sphincter, le dernier. Si les phénomènes sont plus graves, la mort peut s'ensuivre. Ce n'est que dans ces cas de syncopes les plus fortes que le vomissement arrive ; mais un dégoût pour les alimens existe même dans les formes les plus légères.

Si l'appétit ne se rétablit pas après un court espace de temps ; si la respiration reste toujours profonde ou laborieuse, il y a lieu de craindre la mort, quoique les battemens du cœur et du pouls paraissent un peu rétablis. C'est d'après l'état de l'appétit et de la respiration que l'on peut juger du degré de danger où se trouve l'individu.

L'auteur a remarqué que la syncope qui résulte d'une seconde saignée, et particulièrement d'une troisième, pratiquée chez le même animal, est beaucoup moins tranchée que la première. L'animal est plus affaibli, mais la syncope perd beaucoup de son intensité.

2° *De la réaction excessive.* — Après une syncope légère causée par la saignée, un animal revient à lui promptement, l'action du cœur et des artères se rétablit dans son état ordinaire, et on peut nommer *réaction* l'état qui indique ce retour à l'état de santé ; il paraît s'effectuer

en vertu d'une loi inhérente à la constitution animale.

L'animal se rétablit complètement d'une première ou d'une seconde syncope. Mais si on continue de pratiquer d'autres saignées, à des intervalles et en quantités tels que la vie ne soit pas menacée, la respiration dépasse les limites de l'état de santé, et présente un phénomène singulier et très intéressant.

De même que la syncope paraît résulter d'abord d'une condition particulière du cerveau, aussi la réaction excessive est due évidemment à une affection du cœur.

Il faut encore faire une autre distinction; c'est que, dans la réaction excessive, les fonctions du cœur et des artères sont seules affectées. La respiration peut être accélérée, mais l'œil est brillant, la physionomie de l'animal expressive, et l'appétit bon.

Ce qui paraît prouver que la réaction excessive dépend seulement du cœur, c'est qu'aucun changement de position ne produit le moindre effet. Quand la réaction excessive a lieu, on peut maintenir l'animal pendant longtemps dans la position droite, sans causer ni essoufflement, ni cessation de l'action du cœur ou des artères.

Il semble raisonnable de dire que dans tous les effets de la perte de sang, la syncope exceptée, la fréquence des battemens du cœur est augmentée. Dans la syncope elle est diminuée.

Dans la réaction excessive, l'action du cœur et des artères est accompagnée d'un frémissement particulier, et celle du cœur est caractérisée par un bruit de scie ou de rape, auquel on a donné le nom de *bruissement*, et qui se fait entendre très distinctement en appliquant l'oreille sur la poitrine. La pulsation des petites branches artérielles, imperceptible dans l'état de santé, devient très marquée.

Dans des cas extrêmes, on observe non-seulement que le cœur, les carotides et les artères crurales battent avec violence, mais encore on sent et on aperçoit même un mouvement pulsatif de la tête. D'ailleurs le cerveau ne paraît aucunement affecté.

Dans la réaction excessive, le travail d'assimilation n'éprouve aucune interruption dans certaines limites. Un des chiens soumis à une perte de sang, au lieu de perdre, gagna une demi-livre en poids, quoiqu'il eût été saigné sept fois et qu'il eût perdu 35 onces de sang dans l'espace de sept jours.

L'effet immédiat de la syncope est de diminuer la température; celui d'une première réaction est de l'augmenter. Dans le premier cas, la température tomba quelquefois au-dessous de 35°, 50 centig., et dans l'autre elle s'éleva souvent jusqu'à 38° cent., la température naturelle étant à 37°. Dans ces expériences on plaça le thermomètre très en arrière dans la gueule, entre les dents et la joue.

Dans l'état de réaction excessive, l'ablation d'une petite quantité de sang de plus affecte la respiration, mais l'animal revient bientôt de l'état d'affaissement et ne perd pas son appétit.

Dans la réaction excessive, non-seulement la réaction est augmentée, mais le bruissement observé dans l'action du cœur peut induire en erreur en donnant l'idée d'une maladie de cet organe ou de ses valvules.

3° *De la défaillance graduelle.* — L'état de syncope n'est pas difficile à produire. On n'a, dans une première saignée et pendant que les forces de l'animal ne sont pas diminuées, qu'à tirer une quantité suffisante de sang. L'expérience n'entraîne aucun danger, et elle est suivie d'une réaction qui, en général, ne dépasse pas les limites de la santé.

Il n'est pas plus difficile de produire la réaction complète. Une quantité modérée de sang tirée tous les deux jours donne lieu, dans un court espace de temps, à une succession remarquable de phénomènes qui déterminent cette réaction. Cependant, dit l'auteur, j'ai éprouvé une extrême difficulté à produire l'état de défaillance graduelle. Quand les saignées sont modérées, l'animal revient bientôt; si on tire du sang en plus grande quantité, il s'ensuit un état d'anéantissement, et non pas une défaillance graduelle; l'animal meurt pendant la nuit.

Les phénomènes observés dans les expériences n°s II et IV se rapprochent le plus de l'état de défaillance; cependant ils consistent dans un trouble et une langueur plutôt des fonctions de la respiration que de celles du *système nerveux* qu'on observe dans l'abbattement simple, comme j'ai eu plusieurs fois l'occasion de le constater chez l'homme. Ces phénomènes sont néanmoins d'une nature fort intéressante; entre autres on peut signaler en particulier l'état de la cornée, observé dans plusieurs des expériences suivantes.

Chaque fois que l'animal persista à refuser la nourriture pendant des heures entières, la mort s'ensuivit toujours. Les légers mouvemens spasmodiques observés dans les oreilles et dans une des pattes du chien, dans l'expérience n° VI, furent évidemment un symptôme fatal. L'état plus bruyant de la respiration pendant la vie, l'épanchement dans les bronches, un léger degré d'œdème du tissu cellulaire des poumons après la mort, montrent très-clairement la continuation (pendant un court intervalle au moins), du véritable état d'abattement ou de défaillance d'énergie nerveuse.

4° *Des phénomènes qui précèdent la mort.* — La résolution des forces, aussi bien que la syncope, est probablement due à une affection du *cerveau*. Chez un des animaux soumis à l'expérience, en examinant les effets de la position, on observa un mouvement convulsif des yeux et des symptômes de résolution, au lieu d'une simple syncope, lorsqu'on le tenait dressé sur ses pattes de derrière. Dans la position inverse, l'action du cœur ne se rétablit pas; quoique aucun symptôme n'indiquât un danger si imminent.

La résolution imminente, mais non immédiate, se reconnaît à une respiration profonde et thoracique, distinctement entendue par l'oreille appliquée à la poitrine. La résolution est plus imminente encore, quand la respiration est laborieuse et exécutée principalement par le diaphragme et les muscles abdominaux, et qu'en même temps elle est irrégulière et accompagnée de soupirs. Le danger est encore plus grand, quand l'animal pousse des gémissemens qui sont suivis en général par un hurlement particulier et quelquefois même par l'aboiement. Enfin, au moment de la mort, on remarque des mouvemens profonds et convulsifs d'inspiration, et les dernières inspirations ont lieu à des intervalles plus ou moins longs.

Les battemens du cœur et du pouls s'exécutent quelque-

fois avec force et régularité au milieu des symptômes de la résolution.

Au plus fort de cette scène, le sphincter de l'anus est souvent relâché, et les matières fécales s'échappent spontanément après le dernier soupir; on peut encore voir, sentir et entendre le cœur battre avec une certaine force, et le pouls, dans l'artère fémorale, est encore très distinct. M. Hall a eu l'occasion de constater ces phénomènes dans beaucoup de cas; et dans l'un d'eux, ils se prolongèrent pendant plusieurs minutes. La série des phénomènes que nous venons de décrire démontre clairement que les fonctions du cerveau sont les premières altérées dans l'agonie, de même que dans l'état de syncope. Du moment que le cerveau cesse d'agir, la respiration est suspendue, et cependant l'action du cœur et des artères persiste. Les fonctions de ces dernières cessent à leur tour, et en même temps sans doute celles des vaisseaux capillaires; dans la syncope, mais particulièrement dans l'agonie, les oreilles, les lèvres et les pattes perdent leur chaleur.

Dans les cas où l'animal se rétablirait si on le laissait dans la position horizontale, la verticale peut être suivie de résolution immédiate. Cette position, qui amène la syncope dans un cas, peut produire des convulsions et la mort dans un autre. C'est ce qui a été constaté dans l'expérience III. Ce fait, comme on peut le voir, conduit à beaucoup d'idées pratiques. On a eu souvent occasion d'observer qu'une mort subite est résultée inopinément d'un effort ou de la position verticale chez l'homme affaibli par une hémorrhagie abondante.

5° *Altérations organiques.* — *Cerveau.* — Si l'animal meurt des effets d'une, deux ou trois saignées, la couleur du cerveau et des autres viscères ne paraît pas changée à un degré remarquable. Chez les chiens sur lesquels M. Hall a fait les expériences n^os I et III, et dans lesquelles trente-deux onces et dix-huit onces de sang ont été tirées à chacun des animaux, le cerveau, les poumons et les viscères abdominaux paraissent contenir leur quantité ordinaire de sang. Les caractères anatomiques du cerveau étaient tout-à-fait naturels.

Si, au contraire, l'animal a survécu plus longtemps à la perte de sang, alors on trouve le cerveau, les poumons, l'estomac et les intestins pâles et exsangues. Ces caractères étaient très tranchés dans l'expérience sur le chien, n° V; le cerveau était aussi pâle que les autres organes et sans aucun épanchement dans les ventricules, ni à sa surface extérieure. L'opinion du docteur Kellie, qui pense que, dans un cas pareil, il y aurait un épanchement considérable de sérosité, ne paraît donc pas exacte. Dans ce dernier cas, le chien (un jeune épagneul assez maigre) avait perdu vingt-neuf onces de sang, dans l'espace de *quatre jours*.

Dans l'expérience n° II, cinquante-six onces de sang furent tirées dans l'espace de dix-sept jours. Pendant plusieurs jours, on observa des symptômes évidens de réaction. L'animal mourut immédiatement après la dernière saignée, de sorte que, pendant tout le cours de l'expérience, le véritable état de défaillance (*sinking*) ne se manifesta pas. On trouva le cerveau moins blanc que dans l'expérience V; mais il y avait, entre la dure-mère et la pie-mère, un épanchement considérable s'étendant dans les ventricules. Cet épanchement était probablement dû à l'état de réaction qui avait si longtemps persisté.

Dans les expériences VI et VII, dans lesquelles soixante-sept et quarante-huit onces de sang furent tirées à chacun des animaux, il y eut moins de réaction; en effet le but que M. Hall se proposait dans ces cas était d'éviter la réaction et d'amener la défaillance. Il n'y eut donc point d'épanchement, mais le cerveau était plus pâle.

Poumons. — C'est seulement dans les sujets des expériences n°s VI et VII, auxquels on avait tiré 67 et 48 onces de sang, qu'on observa une désorganisation importante; dans ces cas, il y eut des traces d'emphysème, de congestion, ou des points d'hépatisation des poumons; en outre, un liquide s'écoulait des bronches et des cellules aériennes, lorsqu'on les divisait avec le scalpel. Ces phénomènes dépendaient évidemment de l'état de défaillance, quoique celle-ci n'eût pas duré longtemps.

Cœur. — On trouva presque généralement du sang dans le côté droit du cœur. Dans les expériences n°s II et III, l'examen, fait immédiatement après la mort, montra le ventricule gauche complètement vide. Mais dans l'expérience n° IV, quoique l'ouverture fût faite aussitôt après la mort, on trouva dans le ventricule gauche une grande quantité de sang.

On trouva presque toujours la *rate* diminuée de volume.

6° *De la circulation.* — 1° Le sang s'étant séparé en sérum et en caillot, la proportion du dernier fut d'abord plus grande que celle du premier; mais cette proportion changea graduellement, et la quantité du sérum augmentait pendant que celle du coagulum diminuait.

Dans plusieurs cas, mais non pas dans tous, on remarqua qu'une substance semblable à de la crême flottait sur le sérum. L'analyse faite par le docteur Prout montra que cette substance consistait dans une matière huileuse, soluble dans l'éther. Le papier joseph l'absorbait très promptement, et après la dessiccation du papier il restait une tache transparente. M. Hall pense que ce phénomène doit avoir quelques rapports avec l'amaigrissement, et qu'il est probablement causé par l'absorption de la graisse qui est ainsi portée dans le torrent de la circulation. Dans un cas seulement il y eut une apparence de couenne inflammatoire; ce fut dans l'expérience n° VII; et il est digne de remarque que, dans ce même cas, la proportion du caillot comparée à celle du sérum fut constamment la plus grande dans le sang de la plupart des saignées, et qu'en même temps le caillot fut moins résistant et moins ferme.

Du pouls. — Le pouls devient quelquefois plus lent, et d'autres fois plus fréquent par la perte du sang. On observa constamment le premier de ces effets quand, le pouls n'ayant auparavant qu'une fréquence modérée, la syncope avait lieu, et dans tous les cas où le pouls était très fréquent avant la saignée; et le second s'observa dans toutes les autres expériences.

3° *De la circulation capillaire.* — L'effet de la syncope fut très évident dans la circulation capillaire. La conjonctive blanchit, les oreilles et les pattes devinrent froides. Dans ces expériences on appliquait le thermomètre dans l'arrière-bouche, entre la joue et les gencives, et dans cet endroit il s'abaissait en général sous l'influence de la syncope. Il est

probable qu'il n'en aurait pas été de même dans le creux de l'aisselle.

7° *Conséquences pratiques.* — Les expériences ci-dessus mentionnées peuvent démontrer l'extrême difficulté d'apprécier l'état de danger immédiat résultant de la perte de sang pendant que l'animal reste dans la position horizontale. Il n'existe aucun phénomène qui indique clairement ce danger.

« Dans le cours de ces expériences, j'éprouvai, dit M. Hall, une difficulté constante, résultant du manque de données exactes pour limiter l'étendue à laquelle je devais fixer l'écoulement du sang : cette règle ne manque pas au chirurgien vétérinaire qui peut toujours tenir le cheval dans une position convenable; la même facilité se présente au médecin qui n'a qu'à placer le malade dans une position droite. Mais le chien est sujet à changer de la position droite à la position horizontale, et dans celle-ci on peut tirer trop de sang avant qu'il y ait preuve que la quantité est suffisante.

» D'après les observations faites sur l'homme, et d'après celles que j'ai recueillies dans ces expériences, je suis convaincu que la saignée ne doit jamais être pratiquée dans la position horizontale. La quantité de sang retirée, quoique très modérée en apparence, peut être excessive comparativement à la force de la constitution de l'individu. Mais si on choisit la position droite, l'apparition de la syncope limite l'écoulement du sang, et le changement à la position horizontale fournit un moyen instantané d'éviter le danger ou d'y remédier.»

Dans l'état de réaction excessive, un épanchement de sang à la surface du cerveau peut avoir lieu très facilement. Il est donc très important de surveiller les malades avec une extrême attention dans des circonstances pareilles.

Nous avons constaté aussi qu'on court beaucoup de risque de confondre l'état de réaction excessive avec les maladies du cœur et de ses valvules. Pour ces raisons un diagnostic exact est de la plus haute importance.

(*La suite au prochain numéro.*)

Morve communiquée à l'homme par une inoculation accidentelle; observation recueillie

Par le docteur WILLIAMS (1).

G. Jackson, de petite taille, d'une constitution robuste, âgé de 23 ans, maquignon, entra à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, le 31 janvier; il éprouvait depuis quinze jours une sorte de resserrement de la poitrine, avec douleur dans l'hypocondre droit et la région lombaire, accompagnée d'un sentiment de courbature et de fatigue continuelles. La physionomie du malade exprimait la tristesse; la langue était couverte d'un enduit brun-jaunâtre à sa partie moyenne, et rouge aux bords et à la pointe; soif habituelle, sans perte d'appétit; deux évacuations alvines par jour; peau moite et un peu plus chaude que dans l'état normal; sueurs abondantes chaque nuit. Le malade rapportait qu'il était tombé de cheval sur le dos, trois mois auparavant, et qu'il ressentait quelque douleur dans cette région. En résumé, on n'observait aucun symptôme qui pût faire considérer son état comme grave. On prescrivit deux grains d'ipécacuanha à prendre toutes les quatre heures, et une diète lactée.

Le lendemain, 1er février, l'état du malade était le même; dans la nuit, il avait eu une sueur très abondante avec un peu de céphalalgie; ses réponses étaient quelquefois justes, et dans d'autres moments elles annonçaient un trouble dans les fonctions cérébrales; la langue, dont l'aspect était le même que la veille, était tremblante; de fréquentes secousses convulsives agitaient tout le corps, et étaient suivies d'un tremblement général; douleur dans les membres. Un vésicatoire, qui avait été appliqué sur le bras du malade avant son entrée à l'hôpital, commence à s'ulcérer, en répandant un pus fétide et de mauvaise nature. On le recouvre d'un cataplasme émollient.

Le 2 février, la transpiration continue, à des degrés différens, pendant toute la journée et la nuit; délire pendant la nuit; douleur aiguë au front et au sommet de la tête; physionomie plus abattue; persistance de l'appétit. On suspend l'administration de l'ipécacuanha, lorsqu'il y a cinq ou six selles par jour. Urine abondante et limpide; pouls dur et plein. (Dix-huit sangsues aux tempes.)

Le 3, la diarrhée persiste; la céphalalgie et le délire sont moins prononcés. On fait prendre, après chaque évacuation, un gros de teinture de kina dans deux onces d'une décoction de cachou. Le 8, nul changement dans les symptômes; la suppuration du vésicatoire est toujours excessivement fétide; tout le corps exhale une odeur fade particulière; la diarrhée a cessé. Le 10, dans la nuit précédente, la violence du délire a nécessité l'emploi de la camisole de force; sueur très abondante; les mouvemens convulsifs des membres se renouvellent plus souvent; trois selles dans la journée; abdomen insensible à la pression. Depuis deux ou trois jours le malade se plaint moins de la douleur des reins et de l'hypocondre, mais il en accuse de violentes dans tous les membres; une tuméfaction, avec rougeur de la peau, se manifeste sur l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt indicateur gauche; elle a tout l'aspect d'un gonflement dû à une inflammation rhumatismale; une tumeur semblable se développe sur le coude-pied droit. (On applique dix autres sangsues aux tempes.)

Le 11, délire moins violent; de temps en temps, intervalles lucides; langue sèche, couverte d'un enduit brunâtre; sentiment de chaleur dans l'arrière-gorge et douleurs générales; les autres symptômes persistent au même degré; les dernières morsures de sangsues s'enflamment et suppurent; le gonflement des articulations indiquées est toujours le même. Le malade prend toutes les quatre heures la préparation suivante : sulfate de magnésie, deux gros; teinture de jusquiame, quinze gouttes; mixture camphrée, deux onces. — Même régime. Le 12, les morsures de sangsues de la tempe droite laissent écouler un pus brunâtre très fétide, et présentent un commencement de gangrène; la paupière de l'œil droit est gonflée et enflammée; le pouls est petit et faible. On ajoute à la mixture huit gouttes de teinture

---

(1) *London med. Gaz.*, et *Annali univ. di Med.* Mars 1833.

d'opium; on donne quatre onces de vin par jour au malade, avec un peu de crème de sagou; on applique un vésicatoire à la nuque.

A deux heures de l'après-midi, la suppuration et la gangrène de la tempe droite ont beaucoup augmenté; l'œil de ce côté est complètement fermé. A six heures du soir, les paupières de l'œil gauche commencent à se tuméfier, l'agitation du malade est extrême. Au milieu du front, à un pouce et demi au-dessus de la racine du nez, on voit se développer une tumeur dure, rougeâtre, et bleuâtre à son centre. Une humeur jaunâtre s'écoule de la narine droite. En examinant le malade, on découvre d'autres tumeurs semblables sur les bras, les jambes, deux ou trois grosses sur le côté gauche du cou, entourées d'une auréole inflammatoire; soif ardente, pouls petit, battant 120 fois par minute; l'agitation générale est extrême: on augmente la dose du vin.

Le 15, la gangrène a envahi toute la tempe droite; l'œil gauche est, comme le droit, entièrement recouvert par les paupières tuméfiées: l'écoulement sanieux est très abondant. De nombreuses tumeurs se sont développées sous le cuir chevelu. Le malade se plaint d'un sentiment de brûlure dans le gosier et le nez; plusieurs nouvelles tumeurs sont apparues sur diverses parties du corps. Le médecin, qui jusqu'alors avait pris tous ces accidens pour une affection rhumatismale, fait appeler M. Elliotson. Ce fut à ce moment qu'on apprit du malade que, trois semaines avant son admission à l'hôpital, il soignait un cheval atteint de la morve; qu'à cette époque il avait sur le dos de la main une petite plaie, sur laquelle s'était écoulé le mucus puriforme qui sortait des nasaux de l'animal: il se contentait de s'essuyer avec la manche de son habit. En effet, en examinant la main droite du malade, on vit une cicatrice qui n'était pas encore complètement fermée.

Le 16 février, tous les tégumens du crâne sont gonflés et d'un rouge pourpre; une tumeur rougeâtre s'est développée sur le côté droit du nez; il s'écoule en abondance des deux narines une humeur liquide, brune, visqueuse et puriforme, semblable à celles que fournissent les plaies de la tempe droite, région dans laquelle la gangrène fait des progrès continuels. Le délire alterne avec quelques momens lucides, et depuis les questions qui lui ont été adressées la veille, il est préoccupé de l'idée qu'il s'est inoculé la morve en soignant son cheval, et cette pensée se représente à chaque instant dans son délire.

Un grand nombre de médecins virent Jackson dans sa maladie, et tous reconnurent l'analogie complète qu'elle offrait avec la morve des chevaux. Les accidens s'aggravèrent de plus en plus dans la journée; il était tourmenté par une soif inextinguible que rien ne pouvait calmer, et il succomba le 17, à deux heures du matin. L'autopsie fut faite en présence d'un concours nombreux de médecins.

Toutes les tumeurs de la tête contenaient un pus brunâtre et visqueux, qui recouvrait de petits tubercules arrondis, blanchâtres, développés dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané, adhérens au péricrâne qui était disparu dans quelques points, où il laissait l'os à nu. Quelques-uns de ces tubercules étaient durs, et renfermaient du pus; d'autres étaient ramollis, suppurés. Les sinus frontaux et les fosses nasales étaient remplis d'un mucus puriforme brunâtre, et l'on remarquait dans l'épaisseur de leurs parois des tubercules semblables à ceux qui viennent d'être décrits. Le cerveau offrait les traces d'une légère congestion sanguine; l'œsophage et l'arrière-gorge étaient sains. Au-dessous des ventricules du larynx, de chaque côté, existaient des tubercules de même nature, et très-gros: celui de gauche s'était ouvert, celui de droite était plein de pus. Le reste du larynx était sain. La dissection des tégumens de la partie antérieure du cou et du tronc fit découvrir de nombreux foyers d'un pus visqueux et brunâtre, au-dessous duquel on trouvait beaucoup de tubercules semblables aux précédens. Tous les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient sains, à l'exception d'une portion du colon, dont les parois contenaient des tubercules à un pouce et demi au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

M. Youath, vétérinaire, avait pris du pus de l'un de ces foyers pour l'inoculer à un âne, mais l'expérience ne put réussir complètement. Un élève qui n'avait pas connaissance de l'essai que voulait tenter M. Youath, se servit de l'animal pour s'exercer à la saignée. Néanmoins on inséra de la matière puriforme dans les deux narines, et on en humecta la plaie résultant de la saignée. Le second jour, cette plaie se tuméfia; le troisième, apparurent tous les symptômes d'une phlébite très-aiguë, et le quatrième jour l'animal succomba. Les scarifications pratiquées aux narines étaient un peu enflammées; la membrane muqueuse des fosses nasales et de la cloison était très injectée de sang. On y remarqua deux ou trois petites tumeurs, et deux ulcérations petites, à bords transparens, coupées à pic, et surmontées de deux vésicules. En un mot, dit M. Youath, qui a publié dans son journal (*le Vétérinaire*) les détails de cette expérience, quoique l'animal soit mort d'une phlébite, je n'en crois pas moins pouvoir affirmer qu'il existait déjà chez lui le commencement d'une autre maladie, et que la morve, qui avait été inoculée du cheval à l'homme, avait été transmise de ce dernier à l'animal dont nous venons de parler.

Recherches sur les causes de la mort après l'opération de la lithotomie (1).

La question des causes de la mort, après l'opération de la lithotomie, vient d'être agitée par plusieurs praticiens. On croit généralement que, quand le malade succombe très peu de temps après l'opération, il est emporté ordinairement par l'inflammation du péritoine. Cette opinion est combattue dans les leçons du docteur Brodie, publié dans la *Médical Gazette* et dans la *Médico-Chirurgical Review*. Ce professeur observe que la cause de la mort est, dans ces cas, l'inflammation diffuse du tissu cellulaire, que la péritonite peut exister ou ne pas exister, et que, quand elle se présente, elle est toujours consécutive à cette inflammation

(1) *The Medico-Chirurgical Review*. Avril 1833.

et seulement son auxiliaire dans la production de la terminaison fatale.

Deux chirurgiens de la province, M. Fletcher, de Gloucester, et M. Macfarlane, de Glascow, ont publié dernièrement quelques cas de lithotomie, et livré au public les résultats de leur expérience. M. Fletcher soutient que la péritonite est très fréquente, et que d'abondantes évacuations sanguines sont nécessaires pour la combattre avec avantage; le docteur Macfarlane, au contraire, nie sa fréquence, et s'accorde avec le docteur Brodie pour considérer l'inflammation du tissu cellulaire comme une suite fréquente de l'opération et pour repousser ces mêmes évacuations comme plus nuisibles qu'utiles. Les opinions de ces deux médecins ont été consignées dans la *Médico-Chirurgical Review*. En présence d'une telle dissidence d'opinion, le seul moyen d'arriver à la vérité est d'observer les faits avec soin et de les enregistrer avec fidélité.

Lorsque l'inflammation du tissu cellulaire a lieu, est-elle le résultat de l'épanchement de l'urine, ou des lésions produites dans les tissus par l'opération, indépendamment de tout épanchement? A l'examen des cadavres de ceux qui sont morts à la suite de la lithotomie, il est difficile, le plus souvent, de savoir si l'urine s'est épanchée ou non. Le tissu cellulaire près de la plaie offre plus ou moins la fonte gangréneuse, et on trouve au delà de la plaie une effusion de pus, ou de lymphe, ou de sérosité sanguinolente, de sorte qu'il n'est point facile de constater la présence de l'urine. Les apparences morbides produites par l'inflammation cellulaire diffuse, dans le bassin et derrière le péritoine, sont précisément celles que la même inflammation produit partout ailleurs. Si l'on examine un membre qui a été atteint d'inflammation diffuse du tissu cellulaire, on peut toujours y trouver les traces suivantes des changemens successifs ou phases de l'inflammation : 1° effusion plus ou moins abondante, dans le tissu cellulaire, d'une sérosité sanguinolente, accompagnée d'une injection partielle de ce tissu; 2° cellules plus ou moins complètement remplies d'une lymphe gélatiniforme ou pus clair, ou par un mélange de sang avec un peu de sérosité, mais aucune injection, ou très peu; 3° cellules entièrement remplies par une matière qui tient le milieu entre le pus et la lymphe, ou bien dans un endroit par de la lymphe et dans un autre par du pus; aucun vaisseau sanguin visible; tissu cellulaire plus ou moins frappé de mort, problablement à cause de la distension des cellules qui a détruit toute circulation. Telles sont les altérations anatomico-pathologiques que l'on trouve dans un membre qui a été le siége d'une inflammation étendue et intense du tissu cellulaire; les altérations indiquées en troisième lieu appartiennent à l'inflammation la plus violente et la plus prolongée.

Telle est aussi précisément la série des altérations développées dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes après l'opération de la lithotomie. Dans le voisinage même de la plaie, le tissu cellulaire est frappé de mort; plus loin, il est infiltré de pus, ou simplement de lymphe, et encore plus loin, par exemple dans les fosses iliaques ou la région lombaire, il y a seulement épanchement de sérosité sanguinolente.

Il n'y a donc aucune différence appréciable entre les caractères de l'inflammation cellulaire profonde qui suit l'opération de la lithotomie, et ceux de la même inflammation près de la surface du corps, dans les membres. Mais l'inflammation cellulaire peut se développer dans un membre, indépendamment de l'application de toute substance irritante et de l'effusion de tout fluide délétère. Une fracture comminutive, une contusion, une plaie, une lésion quelconque sont la cause fréquente de cette inflammation dans un cas; et l'on peut en conclure que la simple lésion produite par l'opération de la lithotomie, peut également suffire pour l'occasioner dans l'autre. L'inflammation du tissu cellulaire se développe le plus souvent lorsqu'on a eu à extraire un calcul volumineux qui a donné lieu à beaucoup d'efforts et à plusieurs tentatives, lorsque par conséquent le tissu cellulaire a été lacéré et contus à un haut degré.

Les observations suivantes, qui viennent à l'appui des idées émises ci-dessus, ont été recueillies à l'hôpital Saint-George :

Obs. Ire. — *Lithotomie; mort le cinquième jour; inflammation du tissu cellulaire; légère péritonite.* — William Cockerell, âgé de 4 ans et demi, entra, le 26 septembre 1829, sous les soins du docteur Keate, offrant les signes ordinaires d'un calcul vésical. L'opération fut faite le 1er octobre; on se servit du gorgeret à deux tranchans. Le calcul pesait deux gros et dix grains; ses couches extérieures étaient composées de phosphates. A cinq heures après midi, douleur nulle pendant l'évacuation de l'urine qui coule librement à travers la plaie; pouls fréquent; peau chaude. Le 2 octobre, sommeil pendant la plus grande partie de la nuit; l'urine a cessé de couler; peau fraîche; pouls fréquent; langue blanche; constipation. Le soir, le pouls augmenta de fréquence; une légère douleur se fit sentir dans l'abdomen et disparut sous l'influence d'un bain tiède. L'urine coulait facilement. Le 3, extrême sensibilité de tout l'abdomen, sans tension; pouls 150, dur; peau chaude; langue blanche; constipation; l'urine passait par l'urètre; rien de notable vers la plaie. (Saignée de quatre onces; huit sangsues sur l'abdomen; fomentations; huile de ricin, etc.) A quatre heures, la douleur était moindre et se limitait davantage à l'hypogastre; le sang était couvert d'une couenne épaisse. (Dix sangsues et fomentation à l'hypogastre.) A neuf heures, les dernières sangsues n'avaient apporté aucun soulagement. Pouls faible, compressible; peau visqueuse; langue blanche; l'urine passait en partie par la plaie, en partie par l'urètre. L'introduction du doigt dans la plaie fut suivie d'une légère hémorrhagie. Quelques stimulans parurent relever les forces du malade. Le 4, il vomit plusieurs fois, et le 5, il mourut à trois heures après midi.

Autopsie. — Peu ou même point de sérosité dans la cavité péritonéale, mais injection partielle du péritoine, et quelques légères exsudations lymphatiques; épanchement de lymphe dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine, dans celui des lombes, etc. Sérosité dans le tissu cellulaire du bassin, mais aucune portion gangréneuse. L'incision avait traversé la prostate et sa capsule.

Obs. IIe. — *Lithotomie; mort le cinquième jour; péritonite légère et inflammation cellulaire.* — Richard Gray, âgé de 4 ans et demi, entra, le 16 juin 1831, dans

le service de M. Brodie, portant un calcul dans la vessie; à cela près, jouissant d'une bonne santé. L'enfant fut purgé avec l'huile de ricin, et l'opération fut pratiquée le 17. M. Brodie essaya d'abord d'inciser la vessie avec un bistouri ordinaire; mais l'urine s'étant échappée par la cannelure du cathéter, il fut obligé de recourir au gorgeret (*beaked knife*). On retira deux petites pierres de la vessie; l'opération dura dix minutes. Le malade fut placé dans son lit, ayant les genoux soutenus par un coussin, et la plaie fut abandonnée à elle-même. L'enfant alla assez bien jusqu'au 19. La peau devint chaude, le visage anxieux, le pouls fréquent; l'urine coulait librement; point de selles depuis l'opération. On administra un purgatif. Le soir, mêmes symptômes; agitation plus grande; quelque douleur du ventre; tendance à relever les genoux. Traitement actif dans lequel on associe les sels neutres, le tartre stibié, le vin, l'opium, les bains, les fomentations, le calomel, les sangsues au ventre, etc. Le 20, il y avait moins de douleur abdominale; les genoux étaient moins rapprochés du ventre; le pouls était fréquent; les lèvres sèches; la langue blanche avec les papilles rouges. Le soir, la douleur revint; il y eut du délire. (Vésicatoire sur l'abdomen.) Le 21, les genoux étaient tantôt élevés, tantôt abaissés; décubitus à gauche; mouvemens fréquens de la tête d'un côté à l'autre; cris; visage pâle et altéré; douleur abdominale à la pression; pouls très fréquent; langue chargée; lèvres fuligineuses; selles fréquentes de couleur verte; urine sortant librement. Mort dans la nuit du 22.

Autopsie le 24 à une heure après midi.— Intestins distendus par des gaz; injection partielle, çà et là, du péritoine pariétal et du péritoine intestinal; un peu de sérosité trouble, jaune foncé, dans la cavité péritonéale. Sérosité dans le tissu cellulaire pelvien; autour de la plaie, aucune trace de fonte gangréneuse, ni d'infiltration urinaire; la plaie de la vessie était d'une largeur médiocre. Un des reins était un peu ramolli, injecté, et ses calices contenaient de la matière calculeuse.

Obs. IIIe. — *Lithotomie; calcul mural volumineux; mort en 43 heures; inflammation du tissu cellulaire et péritonite commençante.* — George Shorter, âgé de 15 ans, d'apparence scrofuleuse, mais, à cela près, bien portant, entra, le 13 février 1833, dans le service de M. Hawkins. Il portait une pierre dans la vessie; son urine était acide. Le 16, il fut sondé par M. Hawkins qui sentit la pierre, jugea qu'elle était volumineuse, mais ne put s'en assurer positivement, même en introduisant un doigt dans le rectum, à cause de la position éloignée en arrière de cette pierre. Le malade avait éprouvé les symptômes d'un calcul vésical dès l'âge de 2 ou 3 ans; il avait été alors sondé par Astley Cooper, qui n'avait trouvé aucun calcul. L'opération fut faite le 21, à une heure après midi, après d'abondantes évacuations déterminées par un purgatif et un lavement. M. Hawkins employa un gorgeret à lame étroite; au moment où le calcul, chargé avec les tenettes, fut attiré à la plaie de la vessie, il s'échappa et l'on fut obligé de le ressaisir à plusieurs fois; il était gros comme une noix, de l'espèce que l'on nomme *murale* et garni de plusieurs aspérités. Le soir, à neuf heures, le malade était pâle; le pouls était fréquent; nausées sans vomissemens; peu de douleur vers la plaie; l'urine avait passé librement par la plaie; elle était foncée, sanguinolente. Le 22, insomnie pendant la nuit; vomissemens verdâtres; pouls à 100; visage pâle; anxiété; chaleur de la peau un peu élevée; langue blanche; abdomen ballonné; douleur à la pression dans les régions iliaques, inguinales et pubiennes. Environ une chopine d'urine sanguinolente a coulé par la plaie. (Vingt sangsues à l'hypogastre.) Le soir, cette douleur était exaspérée par la respiration; l'abdomen était encore plus ballonné; le malade se plaignit de douleurs dans les bras; le pouls devint très-faible; le malade mourut dans une prostration complète.

Autopsie, le 24, à deux heures après midi.— L'abdomen était encore distendu. En ouvrant la cavité abdominale, on trouva des points d'injection partielle sur le péritoine pariétal, principalement vers le bassin, et sur la tunique péritonéale des intestins. Il y avait environ une once de sérosité sanguinolente dans la cavité péritonéale; les points principaux d'inflammation étaient dans le péritoine du bassin et dans celui des lombes.

La plaie offrait un aspect livide et gangréneux, surtout près de l'incision de la vessie. Il y avait en cet endroit une infiltration de pus et de lymphe d'apparence sanieuse, qui était limitée au tissu cellulaire du bassin. Une infiltration de sérosité trouble, sanguinolente, occupait le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, et celui qui s'étend derrière le péritoine jusqu'au méso-colon; le péritoine était repoussé de la fosse iliaque droite par cette effusion. On ne put parvenir à déterminer s'il y avait eu quelque épanchement d'urine. La moitié gauche de la prostate et de sa capsule était complètement divisée, et la plaie de la vessie s'étendait à un quart de pouce au-delà de la prostate. Les parois de la vessie parurent épaissies. Il n'y avait rien de remarquable du côté des reins. Les viscères thoraciques étaient sains; la tête ne fut pas examinée.

Le docteur Brodie fit observer qu'une pierre de la forme et de la dimension de celle qui avait été extraite, ne pouvait guère être enlevée chez un jeune sujet sans de grands dangers. Suivant lui, lorsque la capsule de la prostate est coupée ou déchirée, et que la plaie s'étend aux parois de la vessie, l'inflammation du tissu cellulaire est à craindre. L'insomnie, dans la nuit qui succède à l'opération, est un symptôme fâcheux. La douleur dans le dos est encore un signe funeste, en ce qu'il dévoile l'inflammation cellulaire. De tels cas, ajouta ce médecin, sont toujours influencés d'une manière fâcheuse par les évacuations sanguines; ils sont presque toujours mortels chez les adultes, mais quelquefois les enfans peuvent en réchapper.

D'après les observations qu'on vient de lire, les principaux symptômes peuvent se réduire à ceux-ci: fièvre caractérisée par la fréquence du pouls et par une chaleur et une rougeur de la peau peu intense, débutant par l'irritabilité de l'estomac et les vomissemens plutôt que par le frisson, apparaissant du premier au troisième ou quatrième jour après l'opération; sensibilité abdominale, principalement dans les régions iliaques, inguinales et pubienne; au bout d'un certain temps, gonflement de l'abdomen; puis tympanite; affaissement des forces vitales, et mort dans les huit jours qui suivent l'opération.

Lorsqu'on se livre à l'examen des cadavres de ceux qui sont

morts après avoir offert de tels phénomènes, on trouve toujours une inflammation étendue du tissu cellulaire, avec une péritonite légère qui ne peut rendre raison des symptômes, ni suffire pour expliquer la mort. Il est donc raisonnable d'en conclure que le péritoine est affecté consécutivement au tissu cellulaire, et que l'inflammation s'étend de ce dernier au premier par contiguité.

Obs. IVe. — *Lithotomie; hémorrhagie après l'opération; mort par l'inflammation du péricarde.* — Georges Brooks, âgé de 15 ans, entra en août 1832, dans le service de M. Babington, portant un calcul dans la vessie. C'était un enfant sans asile, obligé par conséquent à beaucoup d'exercice. Il se portait assez bien, quoique maigre. Le pouls était fréquent; langue blanche, avec les papilles rouges. Il avait souffert de la pierre dès l'âge de deux ans, et avait été sondé par plusieurs chirurgiens distingués qui n'avaient pu découvrir aucun calcul. Quatre ans avant juin 1832, il avait cessé de souffrir, mais les douleurs devinrent telles dans ce dernier mois, qu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital. On eut alors de la peine à introduire une sonde dans la vessie; on n'y parvint qu'au bout de huit jours, et l'on sentit la pierre très distinctement. Ce jeune garçon était sujet à des attaques d'épilepsie.

Le traitement consista d'abord dans quelques injections opiacées, quelques purgatifs salins; ensuite le malade fut mis au régime ordinaire de l'hôpital. Le 13 septembre, l'opération fut pratiquée par M. Babington.

On éprouve de la difficulté à introduire le cathéter. Pendant l'opération, le rectum fut blessé, comme il arrive assez souvent. La pierre fut extraite avec facilité; elle avait deux pouces de long et près d'un pouce de large. On jugea convenable de réunir la plaie du rectum à la plaie du périnée; en conséquence, un bistouri boutonné fut introduit par cette dernière, à travers la plaie du rectum, et le doigt indicateur étant placé dans l'intestin, le sphincter fut divisé de dedans en dehors, comme dans l'opération de la fistule de l'anus. Peu de temps après l'opération, on injecta de l'eau tiède dans la vessie, et on administra un peu de laudanum. Le soir, le pouls était fréquent, plein, bondissant; la peau était chaude, la langue était blanche au milieu, rouge aux bords et à la pointe. Le chirurgien de garde avait introduit son doigt dans la plaie, et en avait écarté quelques caillots pour faciliter la sortie de l'urine. Le 14, il avait dormi. Le docteur Babington examina la plaie avec le doigt. Le sang coula immédiatément jusqu'à la quantité de six à huit onces, et l'on tamponna après avoir lavé la vessie. A une heure après-midi, le pouls était à 120, peu fort, mais saccadé. On introduisit un cathéter. A dix heures du soir, anxiété, légère douleur à la pression vers les régions pubienne et inguinale gauches; écoulement d'environ six onces d'urine sanguinolente avec des caillots. (Cathéter, injections d'eau tiède, applications de glace.) Le 15, au matin, il avait dormi, il y avait moins de fièvre; le soir, le pouls était à 140. Point d'hémorrhagie; du reste, même état. (Injections.) Des matières fécales reviennent avec l'urine par le cathéter; l'urine s'écoule par le rectum. Le 16, pouls très fréquent et faible; urine mêlée de matières fécales; matières fécales mêlées de grumeaux de sang. Le 17, au soir, anxiété, visage pâle, respiration précipitée, inspiration imparfaite et accompagnée de douleur sous les deux clavicules; légère toux déterminée par une inspiration pleine. Ces symptômes, disait-il, précédaient habituellement les attaques d'épilepsie. Pouls extrêmement fréquent, langue humide, peau chaude. Légère douleur à la pression au-dessus du pubis et dans les régions iliaques. Le 18, même état; pouls, 140. Douleur à la pression des deux côtés de la poitrine. Un peu d'urine claire. (18 sangsues à l'abdomen; mixture avec camphre et opium, etc.) Le 19, abondante transpiration pendant la nuit; le malade avait bien dormi; assoupissement attribué à l'opium; respiration encore imparfaite et précipitée, douleur sous la cavité inférieure du sternum et dans les côtés du cou; pouls très rapide, tumultueux. Jusqu'au 25, les symptômes furent les mêmes; ce jour là, l'impulsion du cœur était confuse; on n'entendait aucun bruit de soufflet. — Un peu de rétraction des espaces intercostaux de la région précordiale. Le malade ne tarda pas à mourir.

Le péricarde était presque partout adhérent au cœur, en partie par d'anciennes adhérences, en partie par de la lymphe récemment épanchée. Il y avait hypertrophie active des cavités gauches, dilatation des droites. Les poumons étaient généralement unis à la plèvre costale par d'anciennes adhérences. On ne trouva aucune collection ni aucune affection des veines dans le bassin. Il est bon de noter que ce jeune garçon avait été sujet à des rhumatismes aigus, maladie qui a, comme on le voit fréquemment, des connexions avec la péricardite et l'hypertrophie du cœur. L'auteur ne donne pas de détails sur l'état de la plaie du périnée; il se borne à dire que, pendant les derniers jours de la vie, elle n'offrit rien digne d'être noté.

Abcès du bassin. — Une autre cause de mort qui n'est point rare après la lithotomie, c'est la formation d'un abcès dans le tissu cellulaire du bassin. Dans quelques cas, cet abcès est précédé par les symptômes d'une inflammation générale diffuse de ce tissu, qui, étant réprimée jusqu'à un certain point, ne s'élève pas plus haut que la formation d'une collection circonscrite; dans d'autres cas, il semble qu'il n'y a point d'abord inflammation étendue, et que les symptômes de l'abcès se manifestait graduellement. Le trait commun à tous les cas de cette espèce, est un pouls fréquent, commençant après l'opération et persistant dans toutes les phases de la maladie. Cette fréquence du pouls est ordinairement un signe fâcheux après une opération ou un accident : c'est le plus souvent chez les individus qui l'ont présentée, qu'on trouve des collections purulentes. Il n'est pas étonnant que les abcès du bassin suivent par fois l'opération de la lithotomie; au contraire, on doit trouver que cette altération pathologique se présente bien rarement en comparaison de la fréquence de l'inflammation du tissu cellulaire, inflammation qui donne lieu si souvent à des abcès dans les autres parties du corps. Il est probable que cette rareté est due à ce que les malades meurent ordinairement avant la période de la formation du pus. Si l'inflammation aiguë du tissu cullulaire est fréquente, il est probable que la même inflammation à l'état chronique ou à un degré moins grave, doit avoir lieu quelquefois, et c'est cette dernière inflammation qui est la cause des collections purulentes. Les lésions inévitables de l'opération, et la circonstance du passage nécessaire de l'urine à travers un tissu cellulaire récemment divisé, sont les

causes probables de l'une et l'autre formes d'inflammation. Il est surprenant qu'on ait dit si peu de choses jusqu'à ce jour, sur les abcès du bassin ; car si l'on en juge par les faits observés à l'hôpital Saint-Georges, ils se présentent encore assez fréquemment pour mériter d'attirer l'attention.

Obs. Ve. — *Lithotomie recto-vésicale ; mort trois semaines après l'opération ; abcès du bassin.* — Thomas Bickerton, âgé de 25 ans, entra le 4 octobre 1830, dans le service de M. Brodie, offrant à un haut degré d'intensité les symptômes d'un calcul vésical. Sa santé était passablement bonne, mais il était irritable et inquiet. Les premiers symptômes s'étaient fait sentir vingt ans auparavant. Le calcul avait été reconnu douze ou quatorze ans avant son entrée à l'hôpital ; alors son père lui avait fait prendre un *dissolvant*, et pendant six ans il souffrit peu. Plus tard, il fit encore usage de son *dissolvant*, et éprouva un soulagement temporaire : ce *dissolvant* était du bi-carbonate de potasse. Plusieurs chirurgiens l'avaient examiné, et tous, excepté un, avaient refusé de pratiquer l'opération latérale, à cause de la grosseur de la pierre. Le baron Heurteloup, pour la même raison, n'avait pas voulu tenter de la broyer. Cette pierre, explorée par le rectum, paraissait avoir un volume considérable, et sa portion antérieure était enchâssée dans la portion prostatique de l'urètre. L'opération par le haut appareil fut proposée et rejetée, car si la pierre était réellement aussi grosse qu'on le supposait, il eût été très difficile de se servir de la sonde à dard. Après une mûre délibération, le docteur Brodie adopta une opération qui tient le milieu entre l'appareil latéralisé et la lithotomie rectale, et qui peut avoir quelques avantages dans certains cas.

M. Brodie fit cette opération le 20 octobre, après avoir fait vider le rectum par le moyen d'un lavement. Après avoir introduit le cathéter, il fit la section du périnée à la manière ordinaire, et, passant le bistouri le long de la cannelure du cathéter dans la vessie, il divisa une partie de la prostate. Il prit alors le couteau de Blizard, le dirigea le long du cathéter dans la vessie, compléta la section de la prostate et d'une partie du col de la vessie, et tournant le tranchant du couteau à droite, il incisa la prostate en ce sens ; par ce moyen il obtint un espace plus considérable sans intéresser un grand nombre de parties dans sa section. Le cathéter qui s'était placé sur le côté droit de la pierre fut retiré. M. Brodie prit un bistouri courbe à pointe mousse enfermé dans une gaîne à pointe aiguë qu'on pouvait avancer et retirer à volonté. Il porta cet instrument au fond de la plaie, et introduisit l'indicateur de la main droite dans le rectum. Ayant senti avec ce doigt le bouton situé à l'extrémité du bistouri, il poussa la gaîne en avant, et il pénétra dans l'intestin en se dirigeant sur son doigt. Alors il rejeta la gaîne ; le bistouri resta dans le rectum, et la division de celui-ci fut achevée de dedans en dehors, en retirant le bistouri dont l'extrémité appuyait sur l'indicateur, comme dans l'opération pour la fistule de l'anus. L'ouverture du rectum au fond de la plaie ne fut pas exactement parallèle à la plaie de la vessie, afin de former une espèce de valvule qui s'opposât au passage trop facile des matières intestinales dans la vessie. Le reste du rectum fut divisé sur sa partie antérieure et latérale gauche. La pierre fut extraite facilement ; elle n'était point aussi grosse qu'on l'avait supposé. Elle était de forme alongée, son extrémité antérieure étant logée dans la portion prostatique de l'urètre, son immobilité dans cette position avait fait croire qu'elle y était fixée par sa grosseur, et le doigt introduit dans le rectum n'avait pu atteindre son extrémité postérieure. La plaie obtenue par cette opération était assez large pour permettre la sortie d'un calcul très volumineux. L'opération fut simple, savante, et exécutée sans difficulté.

Deux ou trois heures après l'opération, il se manifesta une hémorrhagie qui fit perdre un demi-litre de sang. On l'arrêta en comprimant avec le doigt, pendant une demi-heure, l'artère honteuse contre la branche ascendante de l'ischion. Rien de particulier n'eut lieu ce jour et le suivant ; cependant le pouls était fréquent. Le 22, le docteur Brodie introduisit un doigt dans la plaie et un cathéter dans la vessie. Dans l'après-midi, le malade ne pouvait uriner qu'avec effort, et avait un peu de fièvre. Il avait un peu de douleur à la pression vers l'hypogastre ; cette douleur persista les jours suivans. Jusqu'au 27, rien de remarquable, si ce n'est la fréquence du pouls ; les fèces et l'urine passaient par la plaie. On plaça une sonde métallique flexible dans l'urètre pour faire couler l'urine dans un urinoire. La langue se dessécha peu-à-peu ; la peau devenait plus chaude le soir ; le pouls était toujours fréquent, il devint saccadé. En pressant sur l'abdomen, on faisait sortir l'urine avec les matières fécales par le cathéter. Le 1er novembre, un petit abcès à la racine du scrotum et à sa partie antérieure fut ouvert, et laissa sortir du pus urineux et fétide. Le 3, la fièvre continua avec une tendance à la sueur et au dévoiement. Le 5, la bouche était légèrement garnie d'aphtes ; l'urine était alcaline. Le 6, sueurs abondantes pendant la nuit, et léger frisson ; on passe le doigt dans la plaie, et une sonde dans la vessie. Le 8 au soir, le malade accusa une douleur vive dans la plaie, dans l'hypochondre droit, et une douleur obscure dans la poitrine. Il mourut le 10, à huit heures du matin.

Autopsie le 11, *à deux heures après midi.* — Amaigrissement consécutif à l'opération.

Thorax. — Quelques vieilles adhérences du poumon droit. Une partie du bord inférieur du poumon gauche est unie au péricarde par une exsudation lymphatique récente. La substance lymphatique du poumon contenait en cet endroit une collection purulente circonscrite. Il y avait encore une couple d'exsudations de lymphe, accompagnant un état gangréneux du poumon, entouré d'une fausse membrane distincte, en forme de kyste.

Abdomen et bassin. — Reins petits, pointillés, mollasses ; leur intérieur noirâtre, contenant quelques dépôts enkystés d'un pus noir apparemment mêlé avec du sang. En quelques parties des reins étaient déposés des fragmens de matière calculeuse. — Uretères larges, injectés. — Vessie contractée, ses parois épaissies, sa membrane muqueuse colorée en noir, injectée. Sur son côté droit, une petite ouverture conduisant dans une espèce de kyste formé dans l'épaisseur de ses parois, et contenant du pus jaunâtre. — Prostate fendue dans deux directions ; la plaie ne s'étendait pas au delà de cette glande, et ses bords étaient encroûtés de matière calculeuse. — Rectum légèrement coloré en noir intérieurement. La plaie de cet intestin ne remontait pas plus haut que la portion prostatique de la vessie ; elle était en

partie unie par de la lymphe organisée d'une manière analogue à la structure de la partie. — En dehors de l'urètre, au-devant du bulbe, un petit abcès gangréneux ne s'ouvrant pas dans ce canal, mais communiquant avec la plaie. L'abcès s'étendait au scrotum, en dehors de la tunique vaginale. — Testicule tuméfié et dur. — Il y avait quelques matières fécales, molles, seulement dans la portion prostatique de la vessie et de l'urètre. — Dans le côté gauche du bassin, dans le tissu cellulaire extérieur sous-péritonéal, un abcès pouvant contenir un gros œuf de poule, avec des parois gangréneuses, et traversé par des lambeaux de tissu cellulaire gangréné. Il n'avait aucune communication avec la vessie, le rectum ni la plaie. — Le crâne ne fut pas ouvert.

L'observation qui précède est intéressante sous plusieurs rapports; on y voit les traits caractéristiques de tous les cas analogues.

Obs. VIe. — Sir Everard Home fit l'opération de la lithotomie pour un calcul ancien; l'urine était alcaline et mêlée à des mucosités visqueuses. La seule raison qui l'engagea à opérer était l'extrême souffrance du malade. Celui-ci mourut peu de temps après l'opération : on trouva un abcès comme celui décrit ci-dessus.

Obs. VIIe. — Le docteur Brodie fit la même opération sur un officier de la marine anglaise, qui semblait être dans un bon état de santé avant l'opération. Il mourut et offrit un abcès du poumon.

Obs. VIIIe. — Le docteur Brodie trouva un abcès semblable chez un ecclésiastique qu'il opéra pour la même maladie.

Obs. IXe. — John Barnett, âgé de 63 ans, fut opéré le 16 février 1832; l'opération n'offrit rien de remarquable, si ce n'est une légère hémorrhagie. Le malade mourut dix jours après l'opération, dans un état de prostration complète. La vessie était contractée, ses parois épaissies. Sa membrane muqueuse était ridée, livide, dans un état d'inflammation chronique. On découvrit une altération remarquable vers son col : au trigône, une éminence, du volume d'une petite noix, dans la situation du troisième lobe de la prostate. L'incision avait complètement divisé le lobe gauche, mais on ne put savoir si la vessie avait été coupée ou déchirée au delà. De l'autre côté, une éminence plus grosse que la première. On ne put déterminer si elle provenait du lobe droit, ou si c'était une sorte de *fungus*; son tissu, lorsqu'il fut coupé, parut plus mou que celui de la prostate, mais de la même couleur. Le bulbe de l'urètre était divisé. Toute la circonférence de la plaie paraissait gangréneuse. Depuis la plaie de la prostate commençait un abcès dont les parois étaient gangréneuses, et qui s'étendait en arrière au côté gauche du fond de la vessie, puis derrière le rectum, occupait une grande partie du tissu cellulaire entre ce dernier et le sacrum, et atteignait le côté droit de la vessie. Cet abcès renfermait une matière qui semblait être un mélange de pus et d'urine, ou au moins de pus, et d'un liquide plus clair. Dans la plaie, près de son ouverture extérieure, on trouva un corps de la grosseur et de la forme d'une amande, attaché par une espèce de pédicule au côté droit du col de la vessie, dans la plaie de ce col. Etait-ce un caillot en partie organisé?

Obs. Xe. — Edwin Winter, âgé de 8 ans, fut opéré le 8 février 1833, par le docteur Keate. L'opération fut fatigante. On retira deux calculs. Tous les symptômes de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire se développèrent après l'opération, et furent suivis de la formation probable d'un abcès dans le bassin; les signes de cet abcès furent ceux dont la description a été donnée dans l'observation Ve. — L'enfant n'était pas mort lors de la publication du Journal anglais, auquel nous renvoyons ceux qui voudraient connaître les détails de cette observation.

D'après les premières observations rapportées dans ce mémoire, il semblerait que le plus souvent la mort, à la suite de l'opération de la taille, est due à l'inflammation diffuse du tissu cellulaire du bassin, inflammation qui, au début, simule une péritonite, mais qui en peut être distinguée par le siége de la douleur et les autres symptômes. On ne voit pas aussi clairement comment la formation d'un abcès dans le bassin pourrait être rangée au nombre des causes ordinaires de la mort en pareil cas. On conçoit fort bien, il est vrai, que l'inflammation du tissu cellulaire du bassin puisse se terminer par une collection purulente; mais les faits cités par l'auteur anglais sont peu propres à étayer cette opinion. En effet, si nous laissons de côté ceux qui manquent de détails suffisans, nous voyons dans les autres une pratique chirurgicale tout-à-fait propre à engendrer les accidens que l'on nous signale comme une suite naturelle de l'opération. L'introduction fréquente du doigt dans la plaie et des sondes dans l'urètre, une médication interne extrêmement compliquée, où l'on voit figurer successivement ou simultanément les narcotiques, les stimulans, les émétiques, les purgatifs, les antiphlogistiques, etc., ne nous laissent aucun moyen de juger quelle aurait pu être la marche de la maladie avec un traitement simplement et rationnellement antiphlogistique. Aussi, tout en reconnaissant, avec le docteur Brodie, de quelle importance il est d'être fixé sur le siége et la nature de l'inflammation qui succède à l'opération de la lithotomie, et sur l'influence que peuvent avoir les manœuvres du chirurgien dans la production de cette inflammation, refusons-nous d'admettre, comme lui, que les émissions sanguines ne peuvent avoir que des résultats fâcheux dans son traitement. Jusqu'à présent, le traitement antiphlogistique, convenablement dirigé et appliqué le plus promptement possible, nous semble être celui dont on peut attendre les meilleurs résultats. Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, que le siége de la maladie, la nature des tissus affectés, leur proximité de certains organes, etc., sont autant de sources d'indications particulières; ce sont même ces raisons qui donnent aux résultats obtenus par le pathologiste anglais, presque toute l'importance que nous y attachons.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DE CLINIQUE

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ, ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

PAR MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET RÉCAMIER.

JUILLET 1833.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Revue des travaux de la Clinique chirurgicale de Montpellier, pour l'année 1832 (service de M. le professeur LALLEMANT);

Par M. EUGÈNE BERMOND, chef de clinique de la Faculté (1er fascicule).

L'année clinique qui vient de s'écouler a été féconde, pour l'hôpital St-Éloi de Montpellier, en faits précieux de pathologie chirurgicale. Livrés à la publicité au fur et à mesure qu'ils étaient recueillis, ils n'auraient pu avoir l'importance que leur prête le rapprochement de leurs analogues. Aussi, les revues annuelles me paraissent-elles avoir sur celles qui embrassent une plus courte période de temps l'avantage de pouvoir classer les observations en groupes, d'où jaillissent des inductions théoriques et pratiques, et faciles à présenter sous formes de mémoires.

Je voulais composer le premier fascicule de tous les cas où l'autopsie a révélé l'existence de tubercules dans les divers tissus; mais un inconvénient qui frappait l'ensemble de mon travail n'a pas tardé à se présenter. C'était celui de réunir dans le même faisceau une foule de maladies disparates où la tuberculisation n'a joué qu'un rôle plus ou moins secondaire aux dépens d'autres groupes où elle pouvait figurer utilement. Aussi ai-je été obligé de me restreindre à un petit nombre de faits d'autant plus dignes de préférence qu'ils étaient sans congénères dans la masse générale, et qu'ils ne pouvaient être précisément réunis que par la circonstance commune d'une complication de tubercules.

La question des tubercules, si habilement et si souvent controversée dans ces derniers temps, semble se réduire, dans l'état actuel, à savoir s'ils sont ou non le produit de l'inflammation. La négative est donnée par Bayle, Laennec, Louis, etc.; l'affirmative est soutenue par des médecins non moins recommandables, à la tête desquels on peut placer M. Broussais. Enfin, M. le professeur Andral et le docteur Alison adoptent un terme moyen entre ces deux manières de voir (1).

Je l'avouerai: j'ai éprouvé une sorte de dépit, prenant

(1) Les tubercules sont-ils le produit de l'inflammation?... Voilà encore une de ces questions sur lesquelles on dispute sans pouvoir s'entendre depuis plus de vingt ans, et qui seront à jamais insolubles du point de vue de l'école anatomique.

En effet, avant de décider si les tubercules sont produits par l'inflammation, il faudrait savoir une bonne fois ce que c'est que l'inflammation, ce qu'on doit entendre par ce mot, quels sont enfin les caractères physiques de l'inflammation dans les divers tissus. Or, l'école anatomique n'en sait rien jusqu'à présent, bien qu'elle s'en occupe avec une ardeur infatigable; et nous sommes fondés à croire qu'elle n'en saura jamais davantage, parce qu'elle s'est engagée dans une fausse route, en voulant découvrir les caractères anatomiques d'un acte vital, ce qui implique contradiction.

Que n'a-t-on pas dit et écrit sur les différentes nuances de la coloration rouge, et sur les divers degrés d'épaississement, d'induration et de ramollissement de tels ou tels tissus, comme caractères de l'inflammation! Que d'activités scientifiques ont été absorbées dans ces recherches, qu'on a poussées quelquefois jusqu'à des subtilités puériles! Et de tout cela qu'est-il résulté de clair, de satisfaisant, de positif, d'applicable à la médecine pratique? Y a-t-il un seul de ces prétendus caractères anatomiques de l'inflammation qui ne soit démenti journellement par l'observation clinique bien entendue? C'est qu'en réalité, nous ne saurions trop le dire et le répéter, l'inflammation comme la fièvre, comme toute maladie, n'est pas un *être*, ni une substance matérielle surajoutée à nos organes, mais bien un *acte* de la vie. L'inflammation n'est qu'un mode ou un certain degré de réaction anormale ou pathologique de l'organisme vivant: il ne faut donc pas la chercher sur le cadavre; on n'y trouverait *tout au plus* que ses effets. Nous disons *tout au plus*, parce que même les effets les plus ordinaires de l'inflammation, tels que la rougeur, le gonflement, la suppuration ne sont

sa source dans mes convictions, en ne voyant mentionnée que très superficiellement dans les écrits de nos jours une opinion qui a pris naissance dans cette école, et que nous avons vue surgir d'une foule de faits. On ne rencontre dans les thèses, même les plus récentes, qu'un sommaire incomplet des idées du professeur Lallemant sur les tubercules. Les autopsies de l'année dernière ont été nombreuses, les entretiens de notre professeur de clinique assez fréquens; des analyses chimiques ont été faites et répétées avec soin. Donner un ensemble à ces travaux épars, reproduire avec autant de fidélité qu'il me sera possible la théorie du maître, en y ajoutant timidement des réflexions particulières, voilà la tâche que je me suis proposée dans ce premier fascicule d'observations.

---

pas des effets *nécessaires* de ce mode de réaction, ils n'en sont que des résultats éventuels; ils ne sont donc pas caractéristiques. Pour tout médecin dont la raison n'est pas faussée par le préjugé matérialiste, il est évident que les inflammations les plus aiguës et les plus violentes, celles par exemple qui tuent dans quelques heures, ne laissent le plus ordinairement dans nos organes ni rougeur, ni tumeur, ni induration, ni ramollissement, ni suppuration, tandis que ces diverses altérations physiques se rencontrent, dans bien des cas, sans aucun des phénomènes vitaux de l'inflammation : d'où il suit rigoureusement qu'elles ne peuvent caractériser l'inflammation, et que l'école anatomique poursuit une chimère lorsqu'elle cherche à définir l'inflammation par des caractères anatomiques, tout comme lorsqu'elle se consume en recherches sur le *siége* de la fièvre.

Si, donc, l'école anatomique est impuissante à définir l'inflammation, à quoi peuvent aboutir ses recherches et ses éternelles disputes sur la question de savoir si les tubercules sont produits par l'inflammation? Du point de vue où elle est placée, qu'on réponde à cette question par *oui* ou par *non*, ou bien encore par *oui* et *non*, comme certains éclectiques, nous ne voyons pas trop ce que la science peut y gagner.

Du point de vue de l'hippocratisme moderne, c'est toute autre chose. L'inflammation étant, comme toute autre maladie, un acte vital, rien de plus naturel et de plus facile que de la définir par les phénomènes vitaux qui la caractérisent, et que l'observation de l'homme vivant nous apprend à connaître et à discerner.

Toutes les fois donc qu'une réaction anormale ou pathologique de l'organisme se manifeste à nos yeux avec un certain degré d'exaltation de la chaleur vitale et de la sensibilité, nous disons qu'il y a *inflammation;* et les résultats de l'examen cadavérique, quels qu'ils soient, ne peuvent rien prouver à l'encontre. (Ce n'est pas, certes, que nous négligions cet examen; nous nous y livrons au contraire avec le plus grand soin, non pour constater l'inflammation qui ne saurait exister sur le cadavre, mais pour étudier ses effets sur les organes et sur les divers tissus qui les composent.)

Toutes les fois, au contraire, qu'une réaction locale n'est pas accompagnée d'un certain degré d'exaltation de la chaleur vitale et de la sensibilité, elle n'est pas pour nous une *inflammation*, lors même qu'elle produirait du pus ou d'autres dégénérations.

Cela posé, si l'on nous adresse cette question: *Les tubercules sont-ils produits par l'inflammation?* Notre réponse sera claire et précise, puisqu'elle sera l'expression simple et naïve de ce que nous observons tous les jours. Nous répondrons, 1° que tous les degrés, toutes les nuances de l'inflammation peuvent donner lieu à la formation de tubercules, surtout dans le tissu pulmonaire et dans les ganglions lymphatiques, qui sont, de toutes les parties du corps, les plus disposés à cette dégénération; 2° que néanmoins les inflammations vives et aiguës produisent très rarement des tubercules, tandis qu'au contraire, plus l'inflammation est sourde, lente et prolongée, plus on a lieu de craindre la dégénération tuberculeuse; 3° enfin, que le plus ordinairement cette dégénération est le résultat de réactions pathologiques qui ne présentent aucun des caractères de l'inflammation, et qui même présentent souvent les caractères les plus opposés à l'inflammation. A ces résultats généraux de l'expérience, si l'on ajoute tout ce que nous savons de positif sur les grandes questions de l'hérédité, de la diathèse et de la cachexies tuberculeuses, on apercevra sans peine comment tous les faits pathologiques se lient, se coordonnent et deviennent féconds pour la thérapeutique, lorsqu'on les considère du point de vue d'observation de l'homme vivant. (*Voyez* notre *Clinique médicale*, page 112 et suivantes.)

J.-B. CAYOL.

1re OBSERVATION.

Otite avec paralysie du nerf facial gauche — Accès de fièvre. — Méningite. — Mort. — Autopsie : Altérations du rocher du temporal et des nerfs qui le parcourent. — Tubercules dans les poumons.

Roux, fusilier au 4e régiment de ligne, fut reçu dans les salles de la clinique externe le 23 décembre 1831, pour être traité d'une otite. L'oreille gauche, qui en était le siége, avait fourni, cinq mois auparavant, une suppuration sanguinolente qui avait succédé à la rupture de croûtes jaunâtres développées dans le conduit auditif externe. Cet écoulement disparut après un traitement de trois mois. Atteint plus tard de fièvres intermittentes, Roux éprouva pendant leur durée une nouvelle inflammation dans la même oreille avec tuméfaction considérable de la joue et de la tempe correspondantes. Peu de temps après la guérison des accès fébriles, il passa aux salles des blessés, où il se présenta dans l'état suivant :

La constitution est détériorée et le teint d'un jaune-paille. Les traits de la face sont manifestement déviés à droite : la paralysie du côté gauche de cette partie n'intéresse que la motilité. La parole et la mastication sont gênées. Lorsque le malade veut soustraire l'œil gauche à la lumière, les paupières restent immobiles pendant que le globe oculaire subit un mouvement de rotation sur son axe transversal : au moyen de ce mouvement antéro-postérieur, la cornée va se cacher entièrement derrière la paupière supérieure. Il est évident que les nerfs moteurs musculaires de l'œil suppléent ici à l'action des nerfs palpébraux et remplissent le même but. Le malade se plaint d'une céphalalgie intense; une suppuration fétide, d'un jaune sale, s'écoule avec abondance de l'oreille malade; il y a surdité complète de ce côté, et sentiment d'une douleur interne des plus violentes (saignée de 12 onces, séton à la nuque, 2 pots d'orge sucré).

1er janvier 1832. La céphalalgie, qui avait diminué les jours précédens, a repris aujourd'hui une grande intensité. Une saignée de 8 onces opère un soulagement sensible.

3. L'écoulement purulent de l'oreille n'a pas diminué.

Application d'un cautère à l'apophyse mastoïde avec la potasse.

6. Nouvelle saignée de 8 onces à cause de la réapparition des élancemens douloureux de la tête.

7. Le malade annonce qu'il est constipé depuis cinq jours (2 lavemens émolliens, potion purgative).

8. Le retour des selles a dissipé complètement les douleurs de tête.

17. Diarrhée (diascordium, dragme; 2 demi-lavemens narcotiques, eau de riz gommée). Ces prescriptions sont continuées jusqu'au 22. Le dévoiement ayant cessé, elles sont remplacées par les suivantes : 1/4 de grain oxide d'or, matin et soir, tisane de salsepareille, 2 onces sirop *idem*, 2 lavemens. Il s'agit à la fois de relever les forces du malade et de combattre une infection vénérienne soupçonnée : le malade a eu, il y a un an, des symptômes syphilitiques.

23. Un accès de fièvre s'est manifesté dans la journée et a duré deux heures.

25. L'accès s'est répété à la même heure : il y a en ce moment dans les salles des blessés un grand nombre de fièvres intermittentes (tisane et sirop de salsepareille suspendus).

27. Autre accès à la même heure.

28. La tempe gauche est devenue depuis quelques jours tuméfiée et douloureuse (12 sangsues autour de la partie enflammée; cessation de l'oxide d'or; 12 grains de sulfate de quinine en trois fois, et de 4 en 4 heures, de manière que la dernière dose soit administrée plusieurs heures avant le retour présumé de l'accès).

29. L'accès a manqué.

30. Une ouverture est pratiquée à l'abcès qui s'est formé à la tempe gauche; il s'en échappe une cuillerée d'un pus mal élaboré. On ne donne plus que 6 grains de sulfate de quinine.

2 février. Un stylet d'argent introduit dans l'abcès de la région temporale, permet de reconnaître, au son de la percussion, qu'il existe une nécrose de la portion écailleuse de l'os. Les accès de fièvre n'ont plus reparu (sulfate de quinine suspendu; tisane et sirop de salsepareile repris : quart matin et soir).

11. Jusqu'à ce jour, le malade avait été très docile et très patient. Il était reconnaissant des soins qu'on lui donnait, et avait confiance en l'avenir. Délivré successivement de la diarrhée et des accès fébriles, il s'apercevait d'une diminution notable de la suppuration de l'oreille. Maintenant la scène a changé : il y a anxiété, découragement, sentiment d'une faiblesse générale et d'un malaise indéfinissable.

12. Nuit mauvaise avec accès de fièvre (tisane et sirop de salsepareile suspendus, diète, trois pots de petit-lait).

13. Nouvel accès : les périodes de froid et de chaleur ont été irrégulières, et ont duré une grande partie de la journée, de manière à simuler plusieurs accès dans un même jour (tisane de centaurée).

14. Troisième accès de fièvre avec les mêmes irrégularités que celui d'hier. Nuit sans sommeil (12 grains de sulfate de quinine).

15. Quatrième accès.

16. Prostration générale des forces; peau chaude et sudoreuse. La hanche gauche est le siége d'une douleur si vive qu'elle absorbe toute l'attention du malade et lui arrache continuellement des cris. L'inflammation qui est survenue dans cette partie paraît être l'effet d'une pression prolongée, le malade ayant depuis long-temps l'habitude de coucher sur le même côté pour faciliter l'écoulement du pus de l'oreille.

17. L'accès ne s'est reproduit ni hier ni aujourd'hui (sulfate de quinine suspendu).

18. Chaleur et sécheresse de la peau, pouls fréquent, soif intense, diarrhée. La douleur de la hanche s'est propagée à la cuisse.

19. Même état. Délire obscur pendant la nuit.

20. Le délire persiste depuis hier soir; pouls petit et fréquent; soubresauts des tendons. Mort le même jour.

Autopsie le lendemain, 22 heures après la mort.

Crâne. — On aperçoit, entre les deux lames de l'arachnoïde, des pseudo-membranes à moitié organisées, d'une consistance très faible, formant des espèces de réseaux à mailles très rapprochées et nageant dans un fluide abondant, visqueux, et de couleur jaunâtre. Le cerveau est séparé avec soin du reste de l'encéphale, en avant de la protubérance annulaire : il n'a rien perdu de sa consistance, et n'offre de remarquable qu'une couleur grisâtre répandue sur la surface de la partie inférieure et postérieure du lobe gauche, au niveau du rocher de l'os temporal affecté. La tente du cervelet est adhérente à cet organe. La surface inférieure du lobe gauche de ce dernier a une teinte verdâtre et est le siége d'un ramollissement qui ne dépasse pas la substance grise. La portion de dure-mère qui la tapisse présente la même teinte. Après avoir fendu le sinus latéral gauche dans toute sa longueur jusqu'au golfe de la veine jugulaire interne, on y trouve du pus à l'état de pureté, adhérent comme une substance albumineuse aux parois de la portion de sinus qui le contient; plus loin, ce pus se trouve mêlé à du sang; plus loin encore on observe de petits caillots sanguins d'un noir violacé : des nuances intermédiaires lient ces diverses altérations entre elles. L'inflammation s'est évidemment communiquée de la portion de gouttière osseuse côtoyant le rocher carié au sinus veineux qu'elle contient : on en voit des traces jusqu'au golfe de la veine jugulaire où elle s'est arrêtée, et le pus qui en a résulté a été, comme il vient d'être vu, assez épais pour contracter en quelques points des adhérences.

Examen de l'os temporal gauche. Une coupe heureuse permet d'apercevoir avec netteté toute l'étendue de l'intérieur du canal osseux parcouru par le nerf facial dans l'épaisseur du rocher. Ce nerf est sain à la face; son altération ne commence qu'à une ligne avant son immersion dans le trou stylo-hyoïdien, et s'annonce par une injection rosée; en remontant dans l'aqueduc de Fallope, le cordon nerveux acquiert une coloration rouge de plus en plus prononcée, et, après un court trajet, on ne peut plus rien distinguer ni de sa substance, ni du reste du conduit osseux qu'il avait encore à parcourir. En examinant d'une autre part le canal auditif interne, on constate que le nerf facial et le nerf auditif qui y pénètrent sont grisâtres et ramollis. La même altération se remarque dans ces nerfs jusqu'à leur immersion dans le centre nerveux. Les canaux demi-circu-

laires, les aqueducs, sont cariés et confondus en partie dans une sanie grisâtre, ressemblant à de l'encre délayée dans de l'eau. Il est évident que c'est par les ouvertures des aqueducs dans la cavité cranienne que l'inflammation s'est propagée au cerveau et au cervelet. Elle n'avait envahi encore que les méninges qui tapissent le premier de ces organes; mais elle avait suffi pour l'exciter en raison de son voisinage, et pour occasioner le délire qui a été observé pendant la vie. — Le canal auditif externe est carié dans toute son étendue. — Une nécrose existe à la partie écailleuse du temporal, sous-jacente à des parties molles décollées; les cellules mastoïdiennes sont remplies de la même sanie qui baignait la substance altérée de l'apophyse pétrée de l'os.

Poitrine. — L'articulation costo-claviculaire droite est pleine de pus. Du même côté de la poitrine existent des adhérences celluleuses de la plèvre, et, à l'endroit où elles cessent, on en voit d'autres épaisses, jaunes, gluantes et ayant subi un commencement d'organisation. Il s'agit d'une pleurésie aiguë qui a été précédée d'une pleurésie chronique. On rencontre çà et là, dans les poumons, des tumeurs dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix. Ces tumeurs s'annoncent à l'extérieur par une légère saillie, et présentent au toucher une consistance plus grande que celle des tissus environnans. En incisant ces tumeurs, on voit sourdre de, chacune de leurs tranches, des gouttelettes distinctes de pus. Dans quelques-unes, il fallait exercer une légère compression latérale pour exprimer le pus du fond des cellules qui le contenaient.

Une vaste suppuration baigne les muscles de la hanche et de la cuisse gauches.

Réflexions. — Les tumeurs qui viennent d'être décrites, et qui existaient dans les poumons du sujet de cette observation, sont en quelque sorte un échantillon de celles que nous avons pu voir dans un grand nombre d'autres cas. Elles forment le premier degré du tubercule. Leur existence a pu être préjugée dans les derniers jours de la vie, à cette époque où la faiblesse générale du malade semblait livrer sans défense tous les organes à des inflammations, et justifier, à l'égard de ces dernières, la sentence d'Hippocrate : *Qui debilis est proximus est ad morbum.* Leur manifestation, par des symptômes particuliers, était rendue impossible par la concomitance des maladies graves qui affligeaient à la fois le malheureux Roux.

IIe Observation.

Cas remarquable d'abcès par congestion. — Autopsie intéressante. — Tubercules dans les poumons.

Roques, chasseur au 6e régiment, avait gardé longtemps à l'aine gauche un bubon suppuré, et il n'en portait d'autres traces qu'une petite plaie fistuleuse située assez près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, lorsqu'il entra au quartier des vénériens de l'hôpital de St-Éloi, dans le mois d'août 1831. Un stylet explorateur, introduit par Delpech dans la plaie, permit de constater qu'elle communiquait avec un trajet fistuleux très long, puisqu'il s'étendait en bas et en dedans jusqu'au voisinage du pubis. Le trajet fut incisé dans toute sa longueur; mais les bords de la nouvelle plaie, au lieu de se réunir, devinrent le siége d'une irritation chronique : ils étaient durs, irréguliers, d'un rouge brun, et toute la surface de la plaie fournissait une suppuration abondante et de mauvaise nature. La solution de continuité s'agrandissant tous les jours en largeur et en profondeur, le malade fut transféré aux salles des blessés, au mois d'octobre de la même année.

Depuis cette époque, un traitement antisyphilitique (pilules de Sédillot et oxide d'or alternés) est administré. L'ulcération ne prend pas un meilleur aspect; elle règne tout le long de l'arcade crurale, et s'enfonce assez profondément au dessous d'elle.

Le 8 novembre suivant, le malade est loin d'avoir obtenu aucune amélioration. Bien plus, une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, ayant tous les caractères d'un abcès par congestion, s'est manifestée à l'aine droite. Quelques jours après, M. Lallemand pratique à la tumeur une ouverture par laquelle il s'échappe une quantité considérable de pus, évidemment disproportionnée avec ce que pouvait en contenir la collection extérieure. Aux pansemens suivans, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il y a une sorte d'équilibre établi entre la quantité de suppuration fournie par les ouvertures de l'aine droite et de l'aine gauche; que, si l'une d'elles est tenue fermée, la suppuration de l'autre augmente; que, si le malade se tient couché sur le côté droit, c'est l'ouverture du côté opposé qui fournit du pus en plus grande abondance, et *vise versâ.* M. Lallemand soupçonne l'existence d'une voie de communication entre les deux foyers; mais comment a-t-elle pu s'établir? Ce professeur suppose que le pus a pu se frayer de chaque côté, sous le péritoine, un chemin jusqu'au devant du sacrum, ce qui aurait déterminé la fusion des deux collections morbides.

Quoi qu'il en soit, la plaie de l'aine gauche devient de jour en jour plus hideuse; il s'en écoule une suppuration d'un rouge sale, ressemblant à la lie de vin mêlée à de la crême, et annonçant une fonte des muscles psoas et iliaque correspondans. Une suppuration du même caractère se manifeste plus tard, au commencement de janvier, dans le foyer qui s'est ouvert à l'aine droite.

A partir de ce temps, le dépérissement du malade fait des progrès rapides; sa maigreur est extrême. Tout le membre inférieur gauche s'infiltre; le repos des nuits est troublé par la toux. Roques s'éteint le 3 février 1832.

Autopsie le 4 février.

Abdomen. — L'excavation large et profonde de l'aine gauche remonte jusqu'aux insertions vertébrales du muscle psoas, de ce côté, en passant sous le péritoine. Les muscles psoas et iliaque gauches, ramollis, de couleur lie-de-vin, sont détruits en partie par la suppuration. Les muscles homonymes du côté opposé présentent une altération de même nature, mais à un plus faible degré. Les uns et les autres sont contenus dans une même gaîne d'une demi-ligne d'épaisseur, laquelle, à mesure qu'elle passe devant le rachis, renferme dans une sorte d'étui fibreux l'aorte descendante et la veine cave inférieure confondues en apparence avec elle. En fondant cette gaîne, à partir de la dernière vertèbre lombaire, on met à nu de chaque côté les troncs des artères iliaques et hypogastriques : ces vaisseaux sont

entourés d'une matière dense, fibreuse, formant corps avec la gaîne indiquée; l'aspect de tissu fibreux accidentel qu'a pris leur enveloppe cellulaire est due à l'extension de l'inflammation des parties voisines à cette dernière.

La surface antérieure des corps des vertèbres lombaires est comme rongée : vers la deuxième et la troisième, l'altération est plus étendue et plus ancienne. La première, la quatrième et la cinquième sont dans le cas contraire.

Le corps de la *cinquième* vertèbre, entièrement dépouillée du surtout ligamenteux antérieur, présente à sa surface une matière d'un rouge violet assez semblable au tissu de la betterave. En râclant avec le scalpel, on enlève une sorte de gelée infiltrée de sang qui masque au dessous d'elle de nombreuses excavations (1).

La surface des corps de la *quatrième* et de la *première* vertèbres est aussi corrodée et détruite; mais l'altération est plus profonde aux deuxième et troisième : la *deuxième* vertèbre présente au-dessous du surtout ligamenteux des excavations qui contiennent une matière gélatineuse et infiltrée de pus. En frottant avec le manche du scalpel, on détermine de nouvelles excavations dans le tissu vertébral, où il est impossible de méconnaître *le ramollissement jaune*. Cet état est tout-à fait analogue avec l'hépatisation grise du poumon, avec la seule différence que le pus est infiltré dans des cellules *osseuses* ramollies, dans le cas qui nous occupe. Dans le corps, enfin, de la *troisième* vertèbre se trouvent des portions de tissu osseux détruites et véritablement transformées en pus.

Il devient facile maintenant de voir la marche suivie par l'inflammation. Elle s'est propagée de l'aine gauche à la surface du muscle iliaque correspondant, au moyen du tissu cellulaire qui sépare ce dernier de l'aponévrose fascia-iliaca. Elle a envahi ensuite le muscle psoas voisin, jusqu'à ses insertions aux vertèbres. Ces dernières ayant été atteintes à leur tour, la phlogose a gagné de là successivement le muscle psoas droit et le muscle iliaque du même côté. Le pus sécrété par ces surfaces enflammées est descendu, en obéissant à la pesanteur, jusqu'au fémur droit, et s'est trouvé arrêté dans sa marche au niveau du petit trochanter par l'espèce de cul-de-sac qu'y forment les tendons des muscles psoas et iliaque réunis : il est venu se réunir en foyer non loin de là, et constituer la tumeur qui a été ouverte à l'aine droite. Il n'est pas moins facile d'expliquer les phénomènes qui ont été observés pendant la vie. En effet, le circuit que nous venons de voir parcouru par la suppuration rend compte de la solidarité d'écoulement qu'ont présentée les deux ouvertures des régions inguinales.

Poitrine. — Les poumons avaient leurs sommets farcis de tubercules s'annonçant d'avance, au simple contact, par la sensation qu'ils donnaient de *noyaux durs* qu'on n'avait qu'à inciser pour y trouver du pus. Le tissu pulmonaire était devenu en effet, dans les endroits correspondans, dense et résistant par un mécanisme facile à expliquer. Le parenchyme du poumon, imprégné à l'état normal d'air atmosphérique, est par cela même susceptible de compression. Si on le froisse entre les doigts, on le trouvera souple, élastique, et on aura de la peine à le déchirer. Mais, s'il arrive que du sang s'infiltre dans une portion de ce tissu et en expulse l'air, cette portion paraîtra plus consistante au toucher, parce qu'un corps liquide a pris la place d'un fluide gazeux, mais elle n'en sera pas moins *ramollie;* le doigt s'y enfoncera facilement et le déchirera, parce qu'il y a perte de cohésion et d'élasticité en même temps qu'augmentation de densité. Supposons que les mêmes phénomènes se passent dans le foie, les portions enflammées de ce viscère présenteront au toucher une sensation inverse, celle d'une diminution de consistance, trouvant sa source dans la densité comparative du tissu hépatique à l'état hygide. Cette infériorité de consistance devra être bien plus prononcée encore dans les portions *d'os* infiltrées de sang, comme nous l'avons vu dans les vertèbres malades du sujet qui nous occupe. Il s'agit, en effet, du tissu le plus dur de l'économie, et la portion enflammée de ce tissu, où le sang a pris la place du phosphate de chaux, est nécessairement bien moins dense que tout le reste.

Dans quelques-uns des petits abcès (tubercules) que nous venons de signaler dans le poumon, le pus n'était qu'infiltré dans la substance pulmonaire; chez d'autres, la réunion des gouttelettes de pus en un foyer commun allait se faire. Certains d'entre eux, plus anciens en date, présentaient du pus concrété en partie ou en totalité. Autour de plusieurs amas de pus solidifié et commençant à fondre, on voyait les traces d'une inflammation nouvelle du tissu pulmonaire, remarquable en ce qu'elle avait donné naissance à des abcès miliaires, récens comme leur cause, et plus ou moins nombreux.

IIIe OBSERVATION.

Ulcère scrofuleux et affection vermineuse. — Diarrhée. — Mort. — Autopsie : Tubercules dans les poumons.

Fournier, âgé de vingt-un ans, constitution éminemment scrofuleuse, cheveux roux, formes grêles, teint blême, taille au-dessous de son âge, intelligence obtuse, fut reçu à l'hôpital St-Éloi, de Montpellier, pour être traité d'un ulcère scrofuleux qu'il portait au côté gauche du cou. Pendant les cinq mois de séjour qu'il y fit, il subit un traitement antiscrofuleux (vin de gentiane, teinture d'iode, bains aromatiques), et il fut tourmenté à diverses reprises par des vers intestinaux, dont l'évacuation s'opérait à peu près tous les vingt jours. Cette évacuation était ordinairement annoncée quelques jours à l'avance par des douleurs intestinales, et était toujours provoquée d'une manière efficace par une décoction de 2 onces d'écorce de racine de grenadier. Les vers que Fournier rendait par selles étaient des lombrics en plus ou moins grand nombre, et il se rencontra une fois au milieu d'eux un tœnia d'une longueur considérable.

Dans les premiers jours de janvier 1832, ce malade fut atteint d'une diarrhée qui ne céda à aucun des traitemens dirigés contre elle, et qui alla en épuisant ses forces.

13 février. Le dévoiement est abondant. Toux et sentiment de gêne dans la respiration. Ces derniers symptômes

(1) Cet état de la vertèbre retrace fidèlement ce que M. Lallemand a appelé *ramollissement rouge*.

sont survenus à la suite d'une exposition imprudente au froid pendant la nuit dernière. Maigreur considérable.

14. Le sthétoscope fait entendre un bruit de clapet produit par la gêne qu'éprouve la circulation de l'air dans les ramifications des bronches. Deux cautères sont appliqués à la poitrine.

19. Le malade s'éteint épuisé par la diarrhée.

Autopsie le 20 février.

Poitrine. — La surface des poumons est parsemée de taches rouges parfaitement circulaires, de grandeur variable, et se dessinant très bien sur le fond blanchâtre des parties saines de l'organe. Quelques-unes de ces taches sont complètement rouges : la coloration est seulement plus intense au centre, et va, en s'affaiblissant graduellement, vers la périphérie. Les autres, ressemblant à des plaques de variole, présentent au centre d'une aréole purpurine une légère excavation occupée par une matière blanche ou jaunâtre, soit liquide, soit un peu consistante. En pressant le poumon entre les doigts, on éprouve la sensation de noyaux durs, disséminés, correspondans aux points de l'organe qui offrent l'altération décrite.

Dans d'autres endroits des poumons existent des taches blanchâtres isolées, consistant en de la matière purulente plus ou moins difficile à chasser de la loge où elle est enclavée, et ne présentant pas d'aréole rouge aux environs.

En résumé, nous trouvons sur diverses portions d'un poumon tantôt de l'injection sans pus, tantôt du pus au milieu d'un tissu injecté, tantôt enfin du pus dépourvu d'une aréole rouge au voisinage.

Le péricarde est adhérent au cœur, dont le volume est moindre que dans l'état normal.

Abdomen. — Quelques anses de l'intestin grêle sont injectées. Deux vers tricocéphales sont rencontrés près de la valvule iléo-cœcale. L'intestin colon offre, dans sa portion ascendante principalement, une injection vasculaire prononcée. La coloration de la muqueuse intestinale devient d'un rouge d'autant plus vif qu'on s'approche davantage du rectum, dont les tuniques sont épaissies. Les replis intérieurs de la muqueuse de ce dernier sont très rouges, excoriés. Les intervalles qui séparent ces replis ont conservé leur couleur blanche, et ont une étendue d'autant moindre qu'on les examine plus près de l'anus. A cause de cette disposition la fin de la muqueuse rectale paraît au premier coup d'œil revêtue d'un rouge uniforme : il semble qu'une matière caustique a passé sur ses replis. On ne rencontre nulle part des ulcérations.

Réflexions. — L'autopsie qu'on vient de lire, en permettant d'observer, dans un même poumon, des nuances entre la pneumonie partielle la plus franche et le tubercule le plus circonscrit, semble avoir donné l'occasion de prendre la nature sur le fait. Elle mérite par conséquent quelques développemens.

On a vu qu'à côté des points simplement congestionnés, et où l'inflammation était à son premier début, se trouvaient des plaques rouges à centre excavé et jaunâtre. Dans celles-ci la portion centrale avait suppuré, et elle devait nécessairement suppurer la première par suite des progrès de l'acte inflammatoire auquel elle avait servi de point de départ. La dépression de ce point central n'était qu'apparente et tenait à la turgescence du tissu injecté qui l'environnait. Dans les endroits, enfin, où existait une tache blanchâtre, ou, pour mieux dire, de la matière purulente non circonscrite par une aréole rouge, l'inflammation avait cessé et avec elle l'appel des fluides. Si le malade avait vécu plus longtemps, il serait arrivé de ces deux choses l'une : ou la résorption, en s'opérant convenablement, aurait fait disparaître tout-à-fait les produits de l'inflammation ; ou bien cette résorption n'aurait eu qu'un effet incomplet à cause d'un défaut d'activité de la part de l'organisme, et le pus aurait été successivement réduit à sa partie la plus concrète. La dernière de ces deux suppositions est la plus probable dans le cas qui nous occupe.

L'espace rempli par les portions du poumon affectées de phlogose variait depuis l'étendue d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une division assez notable d'un lobe. Il est évident que cette variété dans les dimensions ne change en rien la nature de la maladie. Aussi tous les auteurs s'accordent à dire qu'il s'agit d'une inflammation disséminée du poumon, lorsque le tissu de cet organe est rouge, facile à déchirer en divers points, dont le plus étendu égale à peine le volume d'un œuf. Mais pourquoi nier ensuite cette inflammation, lorsqu'on rencontre, dans les mêmes points, du pus, soit liquide, soit concret, et imaginer alors tout autre chose : des *germes de tubercules*, des *tubercules ramollis*, etc.? C'est ainsi que le volume des parties affectées fait prendre le change sur la nature d'une maladie, et que, par une erreur d'observation, on établit des altérations diverses là où il n'en existe qu'une seule.

(*La suite à un cahier prochain.*)

OBSERVATION *sur une ligature de l'artère carotide primitive, dans un cas de dilatation anévrysmatique de l'artère auriculaire postérieure et de production de tissu érectile;*

Par M. BERNARD,

docteur en médecine à Vidauban (Var).

Madame Roustant, âgée de 39 ans, demeurant à Vidauban (Var), avait un tempérament bilioso-sanguin, une constitution robuste, une taille peu élevée avec des formes prononcées. Elle exerce la profession d'épicière et avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'en septembre 1827, elle s'aperçut qu'il s'était développé, sur le repli extérieur de la conque de l'oreille droite, une petite tumeur du volume d'un gros pois, à laquelle elle ressentait de légers battemens. Elle se présenta alors à mon père qui reconnut en effet des pulsations isochrones à celles du cœur. La peau était d'un rouge vif avec chaleur, sans douleur ; seulement la force des battemens incommodait la malade lorsqu'elle était au lit. Quelques saignées générales, la diète, le repos, une compression méthodique à l'aide de bandes circulaires, furent autant de moyens employés sans succès. Un autre chirurgien que consulta la malade, conseilla l'emploi d'une plaque de plomb dont l'usage fut continué pendant quelques

jours, après lesquels la douleur étant extrême, elle s'adressa à un troisième. Celui-ci leva l'appareil, et aussitôt se manifesta pour la première fois et par la rupture de la poche anévrysmale, une hémorrhagie qu'on arrêta à l'aide de la compression. Il y avait alors deux mois que la tumeur avait apparu. Madame Roustant, effrayée, appela auprès d'elle plusieurs chirurgiens, qui jugèrent la ligature de l'artère indispensable, pour guérir la maladie. Cependant le 19 décembre, l'un d'eux ouvrit le sac, et tout se borna à un pansement simple et légèrement compressif. Madame Roustant resta de nouveau entre les mains de mon père, qui continua de la panser de la même manière. A la levée de l'appareil, il y avait souvent hémorrhagie, ce qui obligeait à différer les pansemens de plusieurs jours. Au bout de deux mois la cicatrisation s'opéra, le sac disparut, et la maladie aurait été regardée comme guérie si madame Roustant n'avait ressenti toujours de légers battemens, appréciables dans quelques points, au doigt explorateur. Néanmoins, l'oreille avait perdu sa rougeur et sa chaleur surnaturelles; l'embonpoint, les forces et le coloris de la figure, qui avaient été perdus pendant le traitement, furent recouvrés, et elle put se livrer de nouveau à ses occupations ordinaires. Elle ne ressentit pendant deux ans d'autre incommodité que les pulsations. En mai 1829, ces pulsations devinrent plus fortes, et une nouvelle poche se forma au-dessous de l'ancienne. Cet état a duré jusqu'au 7 octobre 1832, époque où, à la suite d'un léger effort, la poche se rompit, l'hémorrhagie reparut avec force et détermina la syncope. La malade avait appris à se faire arrêter le sang au moyen de quelques bourdonnets de charpie et de la compression; aussi continua-t-elle à se faire panser par son mari pendant trois mois, après lesquels elle me fit appeler. C'était vers la fin de janvier.

L'oreille avait alors une fois plus de longueur que l'autre, et avait acquis l'épaisseur du doigt; l'hélix était en partie effacé; le contour de la partie supérieure jusqu'à la partie moyenne, offrait une surface rouge ulcérée, semblable aux bourgeons charnus d'une plaie en suppuration. Le pus qui en découlait était ichoreux et d'une grande puanteur. C'est cette surface mamelonnée qui, au moindre frottement, à la plus petite traction, déterminait l'hémorrhagie; le sang sortait tantôt par saccades, tantôt en bavant comme dans un fungus hématodes entamé. Quant à la poche qui s'était fermée en dernier lieu, et qui par la rupture avait donné lieu à une abondante hémorrhagie, elle fut promptement cicatrisée et le sang n'en sortait plus, longtemps même avant que je visse la malade. Néanmoins elle existait toujours vers le tiers inférieur de la surface externe de la conque, ressemblant à une fève et présentant des pulsations. Toute l'oreille était d'un rouge violacé, molle, compressive, chaude et agitée de mouvemens de contraction et d'expansion isochrones à ceux du cœur. Le doigt pouvait distinguer ces pulsations dans toute l'étendue de l'organe et l'œil, voir même, à quelques pas, les secousses qui lui étaient imprimées à chaque contraction du ventricule. La compression exercée sur la carotide primitive, de manière à empêcher l'abord du sang, diminuait ou arrêtait les pulsations dans l'oreille; la malade la trouvait beaucoup plus chaude que l'autre et très douloureuse; elle ne pouvait goûter un seul instant de sommeil, il fallait user des plus grandes précautions, éviter les plus petits frottemens qui faisaient accroître la douleur et renouvelaient l'hémorrhagie. Lorsqu'on voulait la panser, on avait soin d'humecter la charpie par un filet d'eau et pendant une heure, afin que tout se détachât sans la plus petite traction, ce qui n'empêchait pas toujours le sang de couler.

Il était facile de reconnaître dans cette partie une production morbide, un tissu de nouvelle formation, résultat de la dilatation des conduits artériels. Son analogue existe dans certains tissus normaux du corps des animaux, comme au corps caverneux de la verge, aux mamelons et autres parties; dans le cas dont il s'agit, il ressemblait surtout à ce tissu qui se trouve sur la tête et le col de beaucoup de gallinacées; car il présentait comme celui-ci, outre les autres analogies, une surface inégale, bosselée, mamelonnée, d'un rouge très foncé et d'une chaleur très intense. MM. Dupuytren et Rullier qui ont nommé ce tissu *érectile*, le regardent comme formé par un amas d'artères et de veines, entremêlées de filamens nerveux, et formant, par leurs nombreuses anastomoses, une substance spongieuse dont les aréoles communiquent entre elles. C'est à cette production morbide qu'étaient dus le volume de l'oreille, sa couleur, sa chaleur, les mouvemens dont elle était agitée et les hémorrhagies opiniâtres dont il a été fait mention.

L'insuccès des moyens déjà tentés ne permettait plus d'y avoir recours. Au reste, la compression n'était plus admissible sur une partie ulcérée et aussi douloureuse. Que peut d'ailleurs la compression sur un tissu érectile? Toutefois l'auriculaire ne naissait point, comme il arrive quelquefois, de l'occipitale, ce qui aurait encore pu engager à essayer cet agent sur un endroit sain. La ligature était donc le seul moyen de guérir sûrement le mal; mais pour qu'elle obtînt de tels résultats, il fallait tarir complètement l'abord du sang dans ce côté de la tête; alors on pouvait éviter les inconvéniens attachés aux fréquentes anastomoses de cette partie. Il s'agissait donc de lier le tronc qui sert d'origine à toutes les artères, d'une moitié de cette extrémité supérieure. Quant à la carotide externe, tout le monde connaît les dangers qui accompagneraient les manœuvres, et d'ailleurs le peu de chances de succès qu'elle aurait offerte comparativement à la carotide primitive. La ligature de cette dernière, paraissait donc le moyen le plus sûr de tarir cette source d'hémorrhagie, dont la fréquence avait mis la malade dans un état extrême de faiblesse qui aurait eu bientôt les suites les plus funestes. L'opération était grave sans doute; mais quel autre moyen d'empêcher les malheurs qui menaçaient? la retarder, c'était perdre le peu de forces qui restaient et qui étaient bien nécessaires au succès. Les travaux des opérateurs nos plus grands maîtres, Astley-Cooper, Dupuytren, Travers, ont bien démontré qu'elle n'est plus au-dessus des ressources de l'art; qu'au contraire, elle peut être pratiquée et avoir les suites les plus encourageantes. Elle fut donc résolue pour le 26 mars, et faite de la manière suivante: (Étaient présens à l'opération, MM. les médecins Ollivier, Théus, Mirapel et mon père.)

Une incision commençant un pouce au-dessus de la clavicule, et s'étendant jusqu'au niveau du cartilage thyroïde, fut faite le long du sterno-mastoïdien. Le tissu cellulaire fut déchiré au moyen de la pointe d'une sonde cannelée, et lorsque les mailles de ce tissu, entraînées par la sonde, du

milieu de la plaie vers les extrémités, formaient des brides d'une trop grande résistance, ces brides étaient incisées sur la sonde cannelée qui les soulevait et les présentait tendues de manière à faire distinguer le moindre filet nerveux. Les lèvres de la plaie étaient tenues écartées au moyen de deux crochets mousses. La veine jugulaire et les nerfs qui marchent à côté de l'artère, en furent séparés avec un soin minutieux. Dès qu'elle fut parfaitement isolée, l'index de la main gauche fut porté dans la plaie et interposé entre les nerfs et la veine jugulaire d'un côté, et l'artère de l'autre. Sur la face dorsale de ce doigt, et de *dehors* en *dedans*, la sonde cannelée fut passée sous l'artère, sans courir le risque d'entraîner les nerfs ainsi maintenus par le doigt. Aussitôt, une seule ligature composée de quatre fils cirés et conduite par un stylet aiguillé, fut passé sous l'artère.

La séparation des filets nerveux, toujours très utile, ne l'est nulle part davantage que dans cette ligature, à cause de l'importance des organes auxquels ces nerfs se distribuent.

Je ne crois pas inutile de rappeler qu'il faut introduire la ligature de *dehors* en *dedans*, en protégeant avec le doigt les parties qui doivent être soigneusement respectées. Dans une opération semblable, M. Delpech ayant fait parcourir à la ligature un trajet opposé, eut le malheur de comprendre le pneumo-gastrique avec l'artère.

Avant de serrer la ligature, l'artère fut légèrement soulevée et présentée à l'exploration de mes confrères. Les pulsations visibles à l'œil nu, étaient aussi très sensibles au doigt. La compression du tronc par ce moyen, faisait disparaître les battemens dans l'oreille; ils reparaissaient dès qu'on la suspendait. Pendant le temps de cette compression, nous n'avons aperçu aucun trouble dans les fonctions du cerveau, du cœur, des poumons ou de l'estomac. Après avoir répété cette expérience quelquefois et nous être suffisamment assurés de l'isolement de l'artère, je serral la ligature définitivement. A l'instant les pulsations cessèrent dans l'oreille, qui se flétrit et perdit de son volume. Elle fut pansée avec de la charpie imbibée d'eau de Goulard, et la malade placée dans un lit de repos. Six heures après, un bouillon fit naître des envies de vomir et resta cependant dans l'estomac. — 2e *jour*. La nuit avait été assez bonne, la malade avait reposé une heure; l'oreille qui était auparavant si douloureuse, ne l'était plus; il n'y avait plus de pulsations; la joue du côté opéré était plus froide que l'autre; néanmoins l'œil, la langue et les narines avaient conservé toute leur sensibilité, la temporale et l'occipitale n'offraient plus de pulsations. — 3e *jour*. Légère douleur abdominale, chaleur modérée, accélération du pouls, céphalalgie : lavement émollient. L'oreille est pansée sans prendre la précaution de ramollir la charpie par un filet d'eau; cependant à peine quelques gouttes de sang s'écoulent à la suite des tractions pour l'enlever; la douleur ne reparaît plus; pansement avec l'eau de Goulard. — 4e *jour*. Il y a eu quelques heures de sommeil; le pouls est dur et fréquent; la peau sèche avec chaleur; céphalalgie violente : saignée de huit onces; quelques heures après il y a amendement; à l'entrée de la nuit les symptômes du matin commençant à reparaître, une nouvelle saignée est pratiquée. — 5e *jour*. La nuit a été mauvaise, ce qui est attribué à ce que le lit était déformé; cependant la réaction est modérée; l'oreille est pansée comme à l'ordinaire : elle est molle, flétrie et réduite aux trois quarts de son volume; point de douleur; un lavement est rendu et procure un bien-être que la malade dit n'avoir pas encore éprouvé.

— 6e *jour*. La nuit a été orageuse, il y a eu insomnie; fréquentes envies de vomir : saignée, sinapismes, eau de Seltz gommée. Depuis le jour de l'opération il y a douleur à la plaie au moment de la déglutition. Le premier appareil est levé; la suppuration est de bonne nature, et la plaie pansée simplement. — 7e *jour*, le calme est revenu; la suppuration de la plaie étant très abondante, le pansement est fait deux fois par jour. — 8e *jour*, le pus séjourne dans l'angle inférieur de la plaie, d'où il est chassé par la compression. — 9e *jour*, le pus devient ichoreux, la langue pâteuse, la bouche mauvaise : tisane tartarisée. — 10e et 11e *jours*, même état. — 12e *jour*, selles abondantes. — 13e, 14e, 15e, 16e, 17e *jours*, tout marche à bien. — 18e *jour*, la ligature tombe sans hémorrhagie; la déglutition est facile; on donne quelques alimens légers; la plaie n'est pansée qu'une fois.

Le 32e *jour*, l'oreille est entièrement guérie, elle n'est qu'un quart environ plus grosse que l'autre, sa couleur est d'un rouge violet; la poche anévrismale n'est point effacée, mais elle est très aplatie; point de douleur; il n'y a aucun mouvement de contraction ni d'expansion. Elle est comprimée entre deux blocs de charpie.

Le 45e *jour*, la plaie du cou est complètement cicatrisée. A cette époque, le volume de l'oreille n'a éprouvé aucun changement malgré la compression, elle est toujours d'un rouge foncé, la partie qui était autrefois ulcérée est maintenant hérissée de petits mamelons charnus, recouverts d'une enveloppe fibreuse. Ce sont ces mêmes bourgeons qui fournissaient le sang et qui sont maintenant cicatrisés.

Depuis la guérison, j'ai pu visiter souvent madame Roustant et m'assurer qu'elle ne ressent de traces de sa maladie, que celles du souvenir.

NOUVELLE THÉORIE DE LA VISION;

Par L. A. CHAUBARD.

(SOMMAIRE.) 1° Le problème de la vision directe est resté jusqu'à présent sans solution. — 2° Démonstration de la vision directe par petite parties et au moyen des petits mouvemens exécutés par l'œil. — 3° Le tableau renversé peint sur la rétine ne sert point pour voir. — 4° Les fonctions de ce tableau dans l'acte de la vision paraissent se borner à la détermination des dimensions et de la position respective des parties. — 5° Preuves de cette assertion empruntées à la perspective.

1. L'image des objets placés sous nos yeux est portée sur la rétine par les rayons lumineux partant de chaque point de la surface de ces objets. Or, ces rayons ne pouvant pas-

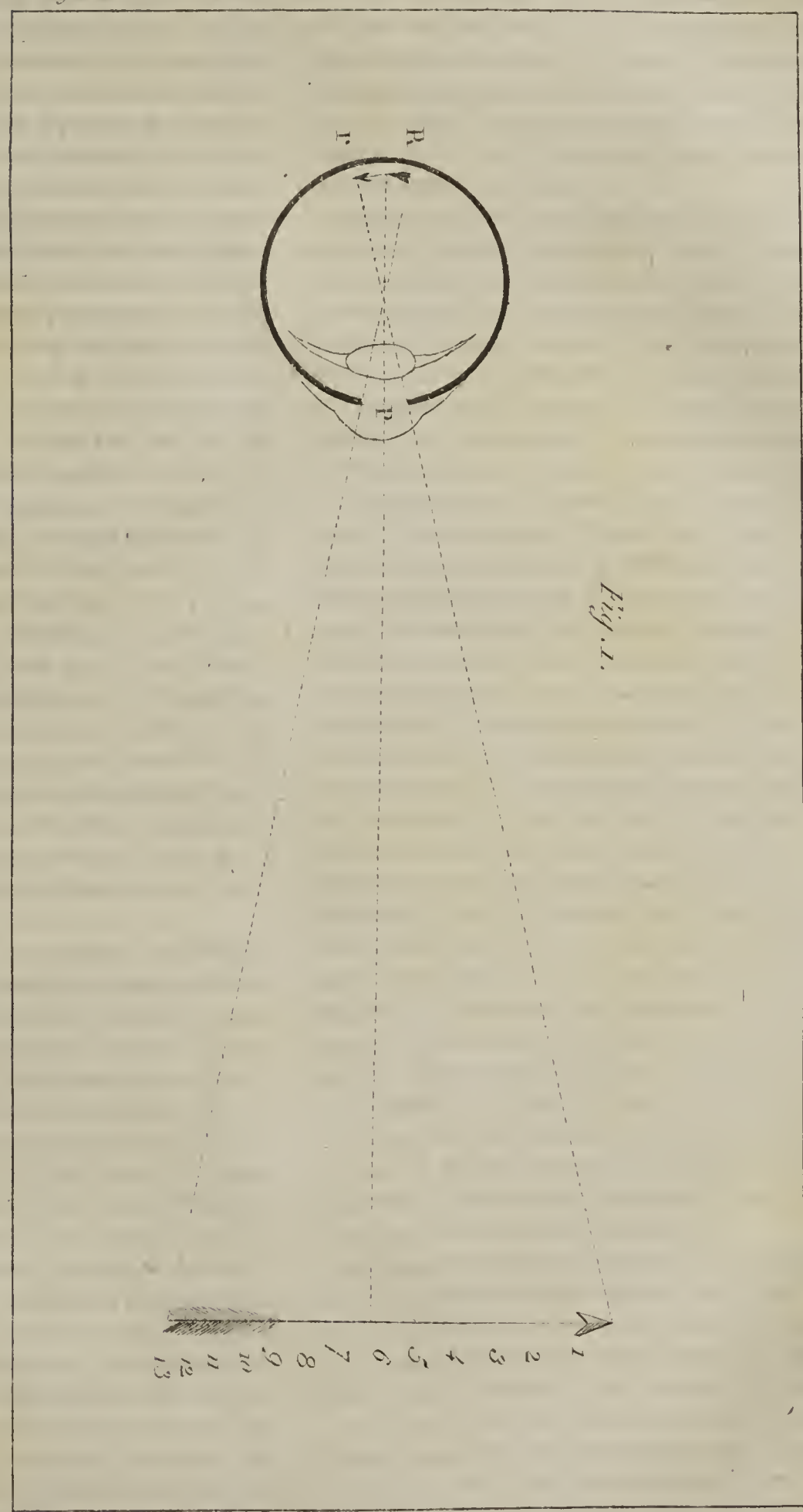


Fig. 1.

Nouvelle Théorie de la Vision.

ser sans se croiser par l'ouverture de la pupille à cause de sa petitesse, il en résulte nécessairement que cette image est renversée au fond de l'œil. D'ailleurs, ce renversement est un fait certain et incontestable que l'on ne peut se refuser d'admettre; car l'invention de l'œil artificiel, sur le fond duquel les objets se peignent en sens inverse, le démontre par expérience. Mais, s'ensuit-il de là que nous voyons les objets renversés? Cela devrait être, et n'est cependant point ainsi. Tout le monde sait que les objets se présentent à nos yeux dans leur véritable sens; et, si les physiciens diffèrent d'opinions à cet égard, ce n'est que sur le point de savoir comment on peut expliquer cette contradiction. Les uns ont supposé, pour cela, que nous jugions du vrai sens des objets par la direction des rayons extrêmes; que nous disions : tel point est à droite, à gauche, en haut, en bas; car les rayons arrivés à notre œil viennent de la droite, de la gauche, d'en haut, d'en bas. Mais cette explication ne peut être admise, parce que les rayons partis des objets étant réfractés par les humeurs de l'œil, ont, en arrivant sur la rétine, des directions toutes différentes de celles qu'ils avaient, en venant, des objets sur la cornée. Les autres ont supposé que l'habitude et l'expérience du tact ont appris au *sensorium* à ne pas se laisser tromper par la position renversée des images sur la rétine. Mais, depuis que par des expériences faites sur des aveugles-nés auxquels on a rendu la vue, il a été constaté que la vision directe a lieu sans le secours de l'habitude ou du tact, cette seconde explication ne saurait non plus être admise. Ainsi, il est vrai de dire que la question de savoir comment il se fait que l'on voie dans leur véritable sens des objets dont l'image se trouve renversée sur la rétine, est restée jusqu'à présent sans solution. Cependant il est possible, comme on va voir, de démontrer la vision directe d'une manière rigoureuse.

II. C'est une vérité consacrée en physique que l'image vive et distincte d'un objet, produite par une surface réfringente, telle qu'est le cristallin de l'œil, se trouve sur l'axe qui passe par l'objet et par le centre de sphéricité de cette surface. De là cette conséquence capitale, que l'on ne peut voir les objets avec toute la netteté et toute la vivacité possibles que lorsqu'on a tourné les yeux vers ces objets, de manière à remplir cette condition essentielle. Ainsi, la vision ne peut s'exercer avec toute sa force que sur un seul point à la fois. Tous ceux que l'œil embrasse en même temps, autre que celui-là, diminuent de vivacité et d'intensité à mesure qu'ils s'en écartent; et, pour les voir aussi distinctement, l'œil est obligé d'exécuter une foule de petits mouvemens rapides, instantanés, presque involontaires, qui portent l'axe optique successivement sur tous les points qu'il importe de bien voir pour juger soit de la forme exacte, de la grandeur apparente des objets, soit de leur couleur, et surtout du sens de leur direction. C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces petits mouvemens, d'où résulte, comme on va le voir, une perception directe des objets par petites parties, que tous ceux qui ont tenté de donner un motif à la vision directe se sont égarés en cherchant à l'expliquer au moyen d'un sens étranger à celui de la vue.

Pour se convaincre que ces petits mouvemens instantanés sont réellement exécutés par l'œil, que l'on fixe attentivement la prunelle d'une personne qui, placée à peu de distance, lit par exemple des notes de musique ou une ligne d'écriture, on verra que l'œil exécute un mouvement de rotation très sensible qui le dirige toujours davantage vers la droite à mesure que la personne lit. Si, après lui avoir fait fixer la première note ou la première lettre d'une ligne, on lui dit de fixer la dernière, le mouvement de l'œil qui porte la prunelle vers la droite est alors extrêmement sensible, même lorsqu'elle est aussi éloignée de l'objet que la portée de sa vue le lui permet, c'est-à-dire lors même que l'angle visuel est très petit.

Comme il suffit de suivre attentivement le jeu de la prunelle d'un individu qui regarde, pour se convaincre, de mille manières, que nos yeux parcourent successivement toute la surface des objets avant d'en juger, il serait superflu de citer ici d'autres exemples; ceux qui désireraient les multiplier pourront le faire à volonté par ce moyen.

Ces petits mouvemens du mécanisme de la vision, ainsi constatés par l'expérience, la démonstration rigoureuse de la vision directe se présente, pour ainsi dire, d'elle-même.

Démonstration.—Soit un objet A B (*fig.* 1) vu par un œil P r R. Si tout était fini lorsque les rayons A P, B P, après s'être croisés au passage de l'ouverture de la pupille, ont porté l'image de cet objet de R en *r* sur la rétine, nul doute que l'objet ne dût paraître renversé comme l'image; mais tout n'est pas fini là. Pour avoir une perception claire, nette et précise de l'objet, l'œil étant forcé, ainsi que le montre l'expérience, d'exécuter une foule de mouvemens instantanés qui portent successivement l'axe optique sur tous les points de l'objet A B, il doit résulter de cette seconde opération un redressement de l'image, ou, pour mieux dire, une perception directe de l'objet. En effet, supposons la longueur de l'objet AB divisée en une suite de parties 1, 2, 3, 4, etc., moindres chacune que le diamètre de la pupille, ou, si on l'aime mieux, en une suite de points. La longueur de la partie 1 étant trop petite pour que les rayons extrêmes soient forcés de se croiser au passage de la pupille, y passeront sans croisement. Donc la partie 1 de l'objet A B sera vue sans renversement. Il en est de même de la partie 2, de la partie 3, etc. Donc à la faveur des petits mouvemens qui, dans l'acte de la vision, portent toujours l'axe optique sur tous les points de la surface des objets qu'il importe de bien voir, toute la longueur AB sera vue par petites parties dans son véritable sens et non renversé.

Ici une grave difficulté se présente, pour ainsi dire, d'elle-même. La vision directe par parties, établie sur la démonstration précédente, n'exclut point celle de l'image renversée: toutes deux ont lieu simultanément. Or, quelles fonctions remplit cette dernière dans l'acte de la vision?

III. D'abord plusieurs raisons, qui vont être déduites ici, tendent à prouver que l'image renversée ne sert point pour voir dans la stricte signification du mot. On veut dire, par là, que le secours du tableau peint sur la rétine, quelle que puisse être d'ailleurs son utilité, n'est point absolument essentiel dans l'acte de la vision proprement dit.

Première raison. Comme on l'a déjà fait remarquer, les rayons partis de l'objet en arrivant sur la rétine, après les réfractions qu'ils subissent pour traverser les divers milieux qui constituent l'œil, n'ont plus leur direction primitive. Or,

si cette image nous servait pour voir, comment pourrions-nous connaître la véritable direction des objets, puisque celle de la perception serait fausse ? A cet égard, on doit remarquer que cet inconvénient n'a point lieu dans la vision par petites parties, telle qu'elle vient d'être exposée, parce que les rayons partis de l'objet passant par le centre de sphéricité des milieux réfringens, il n'y a point de réfraction ; en sorte que les petites parties de l'objet, vues successivement, le centre de sphéricité des milieux réfringens, et le point de perception se trouvent toujours sur une même ligne droite.

Deuxième raison. — Notre œil étant continuellement en mouvement pendant qu'il regarde un groupe quelconque d'objets, il doit nécessairement en résulter que le tableau peint sur la rétine éprouve des déplacemens continuels. Or, ainsi continuellement déplacé, ce tableau doit devenir une sorte de barbouillage mobile qui certainement ne saurait produire que des sensations trop vagues, trop imparfaites, pour être de quelque utilité dans l'acte de la vision. En effet, pour que le sens de la vue pût percevoir des impressions aussi vagues, aussi fugitives, il faudrait qu'il fût le plus prompt, le plus actif de tous, tandis qu'il en est au contraire le plus lent et le plus paresseux.

Troisième raison. — Les insectes n'ont point de rétine à leurs yeux, par conséquent point d'image renversée sur leur fond. Or, si le tableau de la rétine avait l'usage qu'on lui attribue, ils devraient être aveugles, et cependant ils voient fort bien sans ce tableau.

Au moyen de la vision directe par petites parties, on conçoit fort aisément le mécanisme de la vue chez les insectes, même chez ceux qui ont des yeux à facettes, parce qu'ils ont autant de ramifications du nerf optique que de facettes, tandis que l'intelligence est confondue dès qu'on veut expliquer la vision à l'aide de l'image renversée. Car, sans cette théorie, où est la nécessité de multiplier les papilles nerveuses autant que les facettes? Comment d'ailleurs concevoir un tableau quelconque analogue à celui de la rétine des autres animaux dans ces yeux d'insecte? Cette image ne peut évidemment se concevoir dans des yeux n'offrant absolument que des cornées transparentes lenticulaires, et des papilles nerveuses sans rétine ni coroïde qui puisse la recevoir et la fixer.

Quatrième raison. — Le sens de la vue ne s'exerce pas comme l'ouïe par exemple. Nous ne voyons pas au même instant où les rayons, partant de la surface des objets, arrivent à notre œil, tandis que nous entendons les sons au même instant où l'air agité vient frapper notre oreille. Cependant l'image renversée se peint instantanément ; et, si l'on ne voit pas à l'instant même, ce ne peut être que parce que cette image renversée ne peut seule produire la sensation qui opère la vision.

Toutes ces raisons tendent évidemment à montrer que le tableau renversé, peint sur la rétine, ne sert point pour voir, tandis qu'elles tendent à convaincre, de plus en plus, que la perception de l'image par petites parties remplit le principal rôle dans l'acte de la vision. Mais celle-ci n'exclut pas celle-là : elles ont lieu toutes deux en même temps. Or, quelles sont les fonctions de l'une et de l'autre dans le mécanisme de la vue?

IV. La perception directe par petites parties ne ferait-elle autre chose que remplir le rôle que certains physiciens veulent faire jouer à l'expérience du tact? c'est-à-dire ne ferait-elle autre chose que redresser, par une perception juste et précise, une perception vague et fausse quant à la position des objets? Quand on considère que de tous les organes sensitifs l'œil est le plus lent, le plus paresseux ; qu'il l'est beaucoup plus que l'oreille, quoique la marche de la lumière soit plus rapide que celle du son, on est, en quelque sorte, forcé d'admettre qu'il doit en être ainsi ; que la première sensation ne peut servir de base à un jugement ; et que l'œil ne veut rendre ce jugement qu'après avoir fait l'épreuve de la vision directe par petites parties. Mais alors quelle est l'importance du tableau peint sur la rétine? Certainement il n'est point là sans nécessité, et surtout sans une grande utilité, puisque tout l'appareil de l'œil semble n'être fait que pour le produire. Servirait-il à déterminer, à mesurer la longueur de l'arc qu'occupent sur la rétine les diverses dimensions des objets dont la vision directe par petites parties a reconnu les détails? C'est sans doute probable, mais il faudrait le démontrer ; et ici nous sommes forcés de confesser notre impuissance, et de remplacer une démonstration rigoureuse par des raisons tendant à montrer qu'il ne peut en être qu'ainsi.

V. *Première raison.* — Si telle est la destination du tablau de la rétine, qu'il serve pour apprécier les longueurs et la position respective des dimensions de l'objet, il faut convenir que son renversement est merveilleusement approprié à cet usage. Car pendant que l'œil dirigé, par exemple, sur la partie supérieure 1 de l'objet (*fig.* 1), de manière à le voir de la vision nette, précise et directe, cette même partie 1 se trouve dans le tableau de la rétine, à cause du renversement, précisément à l'extrémité de l'arc que l'axe de la vision devra parcourir pour se porter sur la partie 13 de l'extrémité inférieure. Par là l'œil qui doit mesurer ou apprécier la ligne 1, 2, 3..., 13 sait, à l'instant même, où il doit se diriger pour transporter la vision directe sur cette extrémité et la reconnaître. On conçoit aisément combien cette circonstance facilite et abrège l'opération ; car si l'image de la rétine, au lieu d'être renversée, était droite, l'œil, pour reconnaître l'extrémité 13 de l'objet, serait obligé de parcourir successivement toutes les parties intermédiaires qui séparent et lient ensemble l'extrémité supérieure 1 et l'extrémité inférieure 13. Or toutes ces opérations partielles, qui exigeraient un temps plus ou moins long, deviennent inutiles par le renversement de l'image, lequel permet à l'œil de faire son opération sans se donner toute cette peine : or, si le renversement de l'image sur la rétine facilite et abrège ainsi l'opération de l'œil, relative à l'appréciation des dimensions, on est en droit d'en induire qu'il est destiné à cet usage.

Deuxième raison. — Les règles de la perspective enseignent à reproduire par des procédés géométriques les tableaux que la nature offre à nos yeux. Mais elle les reproduit sur une surface plane, tandis qu'ils sont sur une surface sphérique ; car telle est la forme de la rétine et de la choroïde. Or si, comme il est probable, le tableau renversé du fond de l'œil sert pour apprécier les dimensions des objets, les règles de la perspective ne tenant point compte de cette différence, il doit

en résulter que le tableau géométrique qu'elles reproduisent n'est pas une réduction identique avec celui de la vision, mais une réduction simplement approximative. En effet, les règles de la perspective déterminant la longueur des dimensions comme si elles étaient sur une surface plane, tandis qu'elles le sont sur une surface sphérique, il s'ensuit que les dimensions de la réduction fournie par ces règles sont à celles du tableau peint sur la rétine, comme la corde est à l'arc, ce qui n'est pas la même chose.

Pour se convaincre de cette vérité, il suffit de répéter les deux expériences suivantes:

Premièrement. — Qu'après avoir choisi un point de vue dans la nature, on en relève le point géodésique et l'élévation géométrale; qu'avec le secours de ces données, on reproduise ce point de vue selon les règles de la perspective; que l'on se transporte ensuite devant la nature, en se plaçant au même point qui a été choisi pour le tableau géométrique, on verra que les résultats de la perspective et de la vision, loin d'être identiques, sont assez discordans, et que le premier n'est qu'une faible approximation du second.

Secondement. — Qu'après avoir pris le parti de laisser de côté les approximations incorrectes de la perspective enseignée dans les livres d'optique, on essaie de copier le tableau de la rétine, en mesurant les dimensions sur les arcs et non sur les cordes, on verra que le tableau géométrique offre alors une parfaite identité avec celui de la vision.

De ces expériences il suit : 1° que ceux qui ont prétendu que les objets se peignent dans l'humeur aqueuse avec les trois dimensions se sont abusés, puisqu'il résulte de l'expérience que ces dimensions se peignent sur une surface sphérique, ou du moins se présentent à la vue comme étant projetées sur une surface sphérique; 2° qu'il faut nécessairement que le tableau peint sur la rétine serve pour apprécier les dimensions des objets, puisque le tableau géométrique ne reproduit exactement celui de la vision qu'autant que l'on s'est astreint à mesurer ces dimensions sur une surface sphérique, au lieu de le faire sur une surface plane.

En résumé, il résulte de tout ce qui vient d'être dit, que l'acte de la vision comprend deux opérations distinctes, l'une relative à la vision directe, l'autre à l'appréciation des dimensions et de la position respective des parties; que la première a lieu par un déplacement continuel de l'axe optique, tandis que la seconde s'accomplit à l'aide de la première et du tableau renversé peint sur la rétine.

OBSERVATION

Sur un cas de paralysie du mouvement et du sentiment dans les membres supérieurs et du mouvement seul dans les membres inférieurs, coïncidant avec une destruction de la substance grise de la moelle vertébrale dans l'étendue de 8 à 9 pouces;

Par M. MAISONNEUVE.

La femme Lambert, âgée de 30 ans, avait habituellement joui d'une bonne santé jusqu'en 1829. A cette époque, elle éprouva tout à coup, sans signes précurseurs ni symptômes concomitans, un affaiblissement remarquable des membres supérieurs et inférieurs. Elle pouvait cependant encore se traîner en s'aidant d'un bâton.

Trois mois après, ce qui restait de myotilité dans les membres, disparut. Il y eut résolution complète, avec flaccidité. Force fut dès-lors à la malade de garder le lit.

En 1831, à la paralysie du mouvement se joignit dans les membres supérieurs une paralysie du sentiment. Ce nouveau symptôme ne survint pas tout à coup comme les précédens, sa production fut lente et graduelle.

Au milieu de ces phénomènes, évidemment dus à une lésion des centres nerveux, les diverses fonctions ne cessèrent pas un instant de s'exécuter avec autant de régularité que dans l'état normal. Les mouvemens de la tête, du thorax et du ventre, ceux de la langue, des yeux et du larynx, restèrent parfaitement libres; aucun trouble ne se manifesta dans la respiration, la circulation, la digestion; l'excrétion même des urines et des matières fécales resta constamment soumise à la volonté. Enfin, les facultés intellectuelles et les sens conservèrent toute leur intégrité.

Cet état durait depuis trois ans, et bien que pendant tout ce temps la malade eût presque constamment gardé le lit, aucune complication n'était survenue. Une propreté extrême, une alimentation modérée, des évacuations sanguines répétées tous les mois avaient suffi pour amener ce résultat.

Vers les premiers jours de février 1833, la respiration devint pénible, il survint une toux légère, sans expectoration. Le 6, un râle muqueux fort intense s'entendait dans les grosses bronches et la trachée. Le face était rouge, la peau chaude et halitueuse, le pouls plein et vibrant, le cœur battait avec force, la langue, rouge sur les bords et à sa pointe, était recouverte d'un enduit blanchâtre à son centre et à sa base. L'épigastre n'était pas douloureux, il n'y avait pas de diarrhée ni de vomissemens.

Un gros d'oxide blanc d'antimoine fut prescrit. Il ne produisit aucun résultat, Le 8, la poitrine fut auscultée; on reconnut une pneumonie circonscrite à la base de chacun des poumons, la région précordiale donnait à la percussion un son mat dans l'étendue de trois pouces carrés.

On prescrivit encore un gros d'oxide blanc d'antimoine. Le 9, la malade mourut.

Autopsie, 36 heures après la mort. Les poumons sont gorgés de sang; ils laissent écouler, quand on les coupe, une grande quantité de sérosité sanguinolente et spumeuse. On trouve, tant d'un côté que de l'autre, dans le lobe inférieur, une induration rouge de trois pouces cubes à peu près, parsemée d'une multitude de petites granulations arrondies, du volume d'un grain de moutarde. Ils paraissent contenus dans les vésicules du poumon. Le tissu pulmonaire qui les entoure est friable, et laisse échapper quelques gouttelettes de pus quand on le presse.

Le péricarde contient cinq onces environ de sérosité citrine parfaitement limpide.

Le cœur est un peu plus volumineux que dans l'état normal, les parois de son ventricule droit sont amincies; aucun rétrécissement n'existe aux orifices.

Le foie est gorgé de sang, la vésicule biliaire contient un grand nombre de calculs assez volumineux et taillés à facettes.

La surface interne de l'estomac présente çà et là des plaques d'un rouge vif, dans l'intervalle desquelles existe un pointillé nombreux. Ces plaques sont plus rapprochées du côté du pylore, et se prolongent dans toute l'étendue du duodénum. La muqueuse en ces points ne paraît pas ramollie.

Les sinus de la dure-mère sont pleins de sang, il en est de même des vaisseaux de la pie-mère. Le cerveau est fortement injecté. L'examen le plus scrupuleux n'y a pu faire découvrir aucune altération appréciable de son parenchyme. Le cervelet, la protubérance, et le bulbe de la moelle, jusqu'à l'entrecroisement des pyramides, paraissent parfaitement sains.

A l'ouverture du canal rachidien, les sinus vertébraux sont gorgés de sang. Les membranes n'offrent rien de particulier. La moelle paraît parfaitement libre; examinée d'abord à l'extérieur, elle présente, dans toute la région dorsale, un aplatissement anormal d'avant en arrière. Lorsqu'on la roule entre les doigts, on éprouve une sensation de vide semblable à celle que ferait éprouver un doigt de gant; enfin, quand on souffle par la partie supérieure on produit un canal de trois lignes de diamètre et de huit pouces à peu près de longueur. Ce canal paraît formé surtout aux dépens de la substance grise qui n'existe plus; il est traversé en tout sens par de nombreux filamens d'une ténuité extrême; ses parois ont une ligne d'épaisseur et sont formées par la substance blanche, qui est condensée et plus ferme que dans l'état ordinaire. Au-dessus de l'origine de ce canal, au-dessus de l'entrecroisement des pyramides, la moelle est parfaitement saine; à la partie inférieure, au contraire, elle est ramollie, réduite à une pulpe blanche dans l'étendue de deux pouces; mais le renflement lombaire conserve à peu près son aspect normal. Cependant, sur la face antérieure, la substance médullaire est un peu altérée, et adhérente à la membrane propre.

Considérée en elle-même, la lésion anatomique que je viens de vous exposer est fort remarquable sous le rapport de la rareté. Je ne connais rien d'analogue dans les ouvrages qui traitent de l'anatomie pathologique, ni même dans ceux qui traitent plus spécialement des maladies de la moelle. De nombreux faits de ramollissement, d'érosion de la moelle, y sont consignés; on y rapporte même des cas où cet organe était véritablement canaliculé; mais dans ces diverses observations, ou bien la maladie avait envahi la substance blanche, en même temps que la substance grise, ou bien la lésion était congénitale, et n'était alors qu'un vice de conformation. Dans le cas que je viens de vous exposer, au contraire, la lésion est limitée à la substance grise, et n'est survenue qu'à un âge avancé. Mais ce point de vue n'est pas le plus intéressant.

Considéré dans ses détails, ce fait nous offre des observations bien plus importantes.

D'abord, sous le rapport du mode d'invasion et d'accroissement de la maladie, nous voyons que dans ce cas, comme dans un grand nombre de maladies des centres nerveux, l'invasion a été brusque et subite, que dans le même instant la lésion s'est produite et limitée. En effet, l'affaiblissement qui tout d'un coup s'est manifesté dans les membres supérieurs et inférieurs n'a fait aucun progrès pendant trois mois; et lorsqu'au bout de ce tems la paralysie est devenue complète dans ces membres, cela peut être considéré comme dû plutôt à une nouvelle maladie qu'aux progrès de la première. Ce second accident, en effet, s'est produit et limité avec la même instantanéité que le premier.

Il n'en a pas été de même lorsque la maladie s'est étendue aux organes qui président à la sensibilité. Alors la marche a été lente et progressive, et si l'on avait pu recueillir des renseignemens précis, il est probable qu'on aurait pu suivre pas à pas les progrès de la lésion, comme j'ai eu occasion de le voir dans un cas où, par suite d'une lésion différente, des symptômes analogues existaient. La moelle n'était pas ramollie, ni détruite; elle était comprimée par du pus, résultant d'une carie de la partie postérieure du corps des vertèbres cervicales. Le pus, accumulé d'abord à la partie inférieure de la moelle, remonta bientôt jusqu'à la région cervicale, et nous pûmes suivre la paralysie d'abord dans les membres inférieurs, puis dans les supérieurs, et dans ces derniers nous avons vu la paralysie envahir successivement le doigt auriculaire et annulaire, puis les doigts médius et index, et en dernier lieu le pouce, enfin les muscles respirateurs.

Mais chez la femme dont il s'agit, nous ne pouvons rien dire de positif sur la marche ascendante ou descendante de la lésion de la moelle.

Nous ferons remarquer qu'après avoir pris un accroissement gradué pendant quelques mois, la maladie s'est arrêtée encore pendant deux ans, puisque nous voyons qu'à part la paralysie, la malade continua de jouir d'une santé parfaite.

Une autre circonstance fort remarquable, c'est la persistance de la sensibilité dans les membres inférieurs, malgré la destruction de cette sensibilité dans les membres supérieurs. Ce fait tendrait à infirmer ce qu'on pense généralement des usages de la moelle. D'après l'opinion de la plupart des physiologistes, en effet, cet organe est plutôt un gros cordon nerveux, un organe de transmission, qu'un centre, un organe producteur; or, dans cette hypothèse, comment expliquer cette persistance de la sensibilité dans les membres inférieurs, si la moelle n'est qu'un organe de transmission? Comment se fait-il qu'elle ait pu transmettre aux membres inférieurs un influx nerveux qu'elle interceptait à la partie supérieure? D'une autre part, nous ferons remarquer que la destruction de la substance grise n'existait qu'à la partie moyenne et supérieure; que le renflement lombaire, d'où les nerfs des membres pelviens tirent leur origine, était à peu près dans l'état normal; que la substance grise était intacte.

Il s'agirait maintenant de caractériser la lésion qui a donné lieu à ces phénomènes : est-ce une apoplexie, un ramollissement, une absorption intersticielle? Rien, je crois, ne peut faire pencher vers l'une plutôt que vers l'autre de ces opinions.

Rapport sur l'observation précédente, lu à la Société anatomique par M....

L'observation qui vous a été lue par M. Maisonneuve a pour objet un des faits les plus remarquables que l'anatomie pa-

thologique puisse posséder sur les lésions de la moelle épinière. Ce fait a d'autant plus d'importance qu'il est accompagné de l'histoire des symptômes qui ont coexisté avec la lésion anatomique.

Dans l'absence d'observations semblables, M. Maisonneuve n'ayant pu faire des rapprochemens propres à lui permettre de généraliser les résultats de son observation, il vous a soumis quelques réflexions que je crois devoir vous rappeler sommairement.

1° Il établit, avec raison, ce me semble, que la lésion anatomique de la moelle ne peut être considérée comme congénitale, et qu'elle dépend de la destruction maladive de la substance grise.

L'examen des parois du canal accidentel et la présence des filamens qui parcouraient l'intérieur de ce canal donne le plus grand poids à cette manière de voir, en ce que la même disposition s'observe dans l'intérieur des kystes apoplectiques anciens.

Il faut, en outre, remarquer que l'histoire même des symptômes est en harmonie avec la supposition d'une maladie et non d'un vice congénital de conformation, puisque les symptômes de paralysie ne sont survenus qu'à une époque déjà avancée de la vie.

M. Maisonneuve termine son observation en se demandant comment on pourrait caractériser la lésion qui a donné lieu aux phénomènes observés pendant la vie et à la formation de ce canal accidentel de la moelle. Il pense qu'aucun motif ne peut faire admettre que ce soit plutôt à un ramollissement de la moelle qu'à une apoplexie ou à une absorption intellectuelle que doivent être rapportés les phénomènes dont il a été question.

Je partage cette opinion en ce sens qu'il existe dans l'observation rapportée par lui des symptômes qui se rattachent à chacune de ces trois lésions; mais je crois qu'il faut admettre qu'elles ont été réunies dans le cas qui fait le sujet de ce rapport. Ainsi je ne saurais comprendre l'histoire des symptômes et la production du canal de la moelle sans l'existence de ces trois choses, savoir, le ramollissement, l'épanchement sanguin, et enfin l'absorption interstitielle. Voici sur quels motifs repose cette manière d'interpréter le fait dont il est question.

D'abord, par cela seul qu'il n'y a pas eu de paralysie instantanée, mais seulement un affaiblissement des membres, je soutiens que la maladie n'a pu débuter par une hémorrhagie de la moelle, attendu que l'effet de tout épanchement sanguin dans la substance nerveuse est de déterminer immédiatement la paralysie. Il me semble donc que les premiers symptômes se rapportent plus spécialement à un ramollissement.

Ensuite, en voyant qu'au bout de trois mois est survenue d'une manière instantanée une paralysie *avec flaccidité*, on ne peut guère attribuer ce résultat qu'à un épanchement sanguin dans le tissu déjà ramolli de la moelle. Pour ce qui est de l'absorption interstitielle, il serait impossible de concevoir la formation d'une cavité accidentelle au sein d'un organe plein, sans admettre ce genre d'absorption; et si on pensait que la cavité s'est développée sous l'influence d'une dilatation produite par l'accumulation d'un fluide au milieu de la moelle, il faudrait au moins accorder que l'absorption avait fait disparaître ce fluide, puisqu'à l'autopsie on a trouvé les parois du canal appliquées l'une contre l'autre.

Mort subite. — Hémorrhagie entre la pie-mère et la substance du cerveau.—Cœur hypertrophié sans ossification ni retrécissement.

Par M. ALÈGRE.

Imbert (Marie), âgée de 71 ans, d'une taille moyenne et d'une constitution robuste, est entrée, comme indigente, à l'hospice de la Salpêtrière dans le mois de mars 1825. Pendant les 7 années de son séjour à l'hospice, elle n'a paru qu'une seule fois à l'infirmerie; depuis lors sa santé avait été des plus florissantes, lorsque le 12 décembre 1832, à deux heures de l'après midi, elle tombe subitement et ne donne plus aucun signe de vie.

Appelé près d'elle, j'accours aussitôt, et je ne tarde pas à m'apercevoir que la mort est réelle; j'interroge les personnes témoins de l'accident, et j'apprends qu'Imbert, naturellement gaie et active, après avoir travaillé une partie de la matinée, comme à son ordinaire, est tombée subitement et sans connaissance à la fontaine de la cour, au réservoir de laquelle elle lavait ses mains. J'apprends en outre qu'elle est sobre, que jamais elle ne fait d'excès en boissons, qu'elle ne se plaint habituellement ni de douleur de tête, ni de palpitations; mais que du reste sa figure est ordinairement rouge et violacée.

Cinq minutes s'étaient tout au plus écoulées, depuis sa chute, lorsque je suis arrivé près d'elle; alors sa figure était congestionnée, les yeux entr'ouverts, les lèvres violacées.

Autopsie, 42 heures après la mort.

Cerveau. — Le crâne est petit; les vaisseaux gorgés se déchirent quand on enlève la partie supérieure de la boîte osseuse, et le sang répandu à la surface de la dure-mère, donne, surtout à sa partie moyenne, une couleur violacée. Cette membrane est comme plissée sur elle-même dans certains endroits, de sorte qu'on peut dire qu'elle est plus ample qu'il ne faut pour contenir la substance cérébrale.

La dure-mère incisée en suivant le diamètre antéro-postérieur du crâne, le cerveau est enlevé avec toute la précaution possible et il s'écoule une quantité de sang qu'on peut évaluer à plus de cinq onces. Le rachis paraît aussi en contenir, mais malheureusement il n'a pas été ouvert.

Voici du reste l'aspect sous lequel se présente le cerveau entouré de ses membranes :

Face supérieure. Elle ne présente rien de remarquable; l'arachnoïde paraît seulement lubréfiée par une certaine quantité de sérosité qui s'écoule quand on incise la dure-mère.

Il n'en est pas de même de la *face inférieure :* la première chose qui nous frappe en l'examinant, c'est un caillot de sang de la grosseur d'une amande, situé au-

dessous de la protubérance cérébrale entre la substance du cerveau et la pie-mère. Ce caillot principal communique par des traînées minces de sang coagulé, à d'autres petits caillots en nombre très considérable, également situés sous la pie-mère; presque toutes les anfractuosités des parties latérales et inférieures des hémisphères sont remplies de ces mêmes caillots; dans certains endroits ils sont en si grand nombre, qu'ils donnent à toutes les parties qu'ils recouvrent une teinte généralement noire. Cependant en examinant, avec attention, ceux qui sont les plus éloignés du caillot principal, on en voit quelques-uns qui paraissent complètement isolés.

Les membranes du cerveau paraissent beaucoup plus rouges qu'à l'ordinaire, la pie-mère est surtout gorgée de sang; néanmoins elles s'enlèvent avec la plus grande facilité et entraînent avec elles tous les caillots que j'ai mentionnés plus haut.

Une fois dépouillé entièrement de ses membranes, le cerveau ne présente à l'extérieur aucune trace d'hémorrhagie, la substance grise paraît un peu plus rouge qu'à l'ordinaire, mais cette légère teinte tient peut-être à la présence du sang épanché.

Les ventricules sont ouverts avec soin, et l'on y trouve une quantité notable de sérosité rougeâtre; le plexus choroïde est fortement plissé; il est rouge, gorgé de sang; il a l'aspect tout-à-fait spongieux et un petit caillot est adhérent à son extrémité; du reste, ni le corps strié, ni la couche optique, ni la protubérance, ni aucun point de la substance du cerveau ne paraissent être le point de départ de cette hémorrhagie. Je me suis aidé des lumières de trois de mes collègues, tous versés dans l'étude des maladies du cerveau, et malgré nos soins, nous n'avons pu parvenir à découvrir la moindre altération dans l'intérieur du cerveau.

Le cervelet présente les mêmes altérations que le cerveau; des caillots de sang également logés au-dessous de la pie-mère tapissent la face supérieure; du reste, on les enlève avec facilité; la substance paraît saine dans toute son étendue.

Thorax. — Les poumons sont très petits; le droit surtout, refoulé en haut par le foie, comme je l'indiquerai tout à l'heure, n'arrive guère que jusqu'à la sixième côte. Le gauche est un peu plus volumineux, mais comprimé lui-même de droite à gauche par le cœur, son volume est considérablement diminué; du reste, ils sont crépitans et gorgés, à la partie postérieure, d'une certaine quantité de sang.

Cœur. — C'est là le vrai *cœur de bœuf* des auteurs. Voici la mesure de ses parois prise exactement quelques heures après l'autopsie: circonférence, 11 pouces 1 ligne; depuis la naissance de l'aorte jusqu'au sommet du cœur, 5 pouces 3 lignes; diamètre transversal, 4 pouces 2 lignes; parois du ventricule gauche, 15 lignes et 18 lignes dans quelques endroits; parois du ventricule droit, 8 lignes; cloison des ventricules, 13 lignes; le ventricule gauche paraît très peu dilaté; la capacité des oreillettes paraît du reste en rapport avec le volume du cœur.

Il est bon d'observer que le cœur est recouvert dans quelques endroits de 4, 5 et 6 lignes de graisse, que les couches les plus épaisses se rencontrent à la partie antérieure, au devant de l'oreillette droite; le tissu n'est point rouge comme on le voit ordinairement, mais au contraire, quelques petites taches blanches et comme graisseuses se remarquent dans l'épaisseur des parois; cependant le tissu de celles-ci ne paraît point ramolli; l'aorte n'offre aucun rétrécissement, les valvules sont très libres et nullement ossifiées.

Abdomen. — L'estomac est distendu par une quantité notable de choux non digérés qui se pressent à l'orifice du pylore: la membrane muqueuse est d'un rouge pointillé d'autant plus vif qu'elle se trouve en rapport avec une plus grande quantité d'alimens.

Les intestins ne présentent rien de remarquable, si ce n'est une quantité prodigieuse de graisse, qui recouvre principalement l'épiploon et en général tous les organes de la cavité abdominale; mais le foie m'étonne par sa grosseur et son poids énorme, qu'on peut évaluer à 11 ou 12 livres; il est surtout remarquable par sa forme qu'on peut comparer à une pyramide, dont le sommet refoule en haut le diaphragme et atrophie presque le poumon correspondant; sa substance est plus molle, sa couleur d'un rouge plus foncé et ses granulations plus évidentes; en le pressant un peu fortement, on en exprime une quantité considérable de sang; la vésicule est saine et ne contient point de calcul; la rate est ramollie et pleine de sang.

En réfléchissant à cette observation, j'ai dû me demander quelle était le siége de cette hémorrhagie, quelle en était la nature.

Quant au siége, nous avons trouvé les traces de l'hémorrhagie entre la substance du cerveau et la pie-mère; quelques caillots existaient aussi sous la dure-mère autour de la protubérance cérébrale; mais dans cet endroit les membranes sous-jacentes avaient été rompues, et il est probable que le sang avait passé à travers cette déchirure entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Le sang provient-il d'un gros vaisseau rompu, provient-il d'une hémorrhagie capillaire; et, dans ce cas, quels sont les vaisseaux capillaires qui l'ont produite?

Si l'hémorrhagie était due à la rupture d'un gros vaisseau, comment le sang se serait-il introduit, comment aurait-il pu fuser entre les membranes et la substance du cerveau, à travers les obstacles sans nombre qu'offrent les anfractuosités? Par quel mécanisme de petits caillots de sang se trouveraient-ils à une si grande distance les uns des autres, quelques-uns complètement isolés du groupe principal? Si l'hémorrhagie n'a qu'une même source, le sang ne doit avoir qu'un seul foyer, et si l'on en trouve plusieurs, ils doivent au moins communiquer les uns avec les autres. Si le sang provenait de l'intérieur, n'aurions-nous pas, dans nos recherches minutieuses, constaté la rupture de la substance cérébrale? Cependant nous n'avons rien trouvé, ce mode de formation ne me paraît donc pas probable.

Est-ce une hémorrhagie des vaisseaux capillaires? J'avoue que la question est épineuse, et qu'il me serait impossible de la résoudre d'une manière affirmative. Mais elle présente au moins quelques probabilités. Par exemple, peut-on concevoir autrement que par une hémorrhagie de cette nature, la

formation de ces petits foyers isolés, de ces petites traînées minces de sang? D'ailleurs, nous avons vu que la pie-mère était gorgée de sang, que le plexus choroïde surtout était plus gros et paraissait comme spongieux. Ne serait-il pas raisonnable d'admettre que le sang poussé vers le cerveau, par le mécanisme que j'indiquerai plus bas, y soit arrivé en telle abondance, que les vaisseaux capillaires de la pie-mère n'ayant pu le contenir se soient rompus en plusieurs endroits?

Je crois qu'ici le sang exhalé n'est pas la cause de la mort; la femme a succombé à la congestion qui a précédé l'hémorrhagie ou qui s'est faite en même temps. Il est un fait qui n'est pas généralement reconnu, mais qui n'en est pas moins vrai, c'est qu'on ne meurt presque jamais subitement d'apoplexie, et le petit nombre d'exemples cités par les auteurs ne sont que des cas rares et exceptionnels. J'ai vu un assez grand nombre d'hémorrhagies cérébrales, dont quelques-unes étaient accompagnées des désordres les plus graves, et malgré la destruction d'une partie du cerveau, les malades ont pu vivre un certain temps; ceux qui sont morts le plus promptement n'ont succombé qu'après 3 ou 4 heures.

J'arrive à une autre question encore controversée, mais que nous pouvons aborder franchement. L'observation que je présente pourra peut-être y jeter quelque lumière : l'hypertrophie du cœur n'est-elle qu'une coïncidence avec l'hémorrhagie cérébrale? doit-elle au contraire être considérée comme une cause de cette hémorrhagie? M. Rochoux nie l'influence de l'hypertrophie du cœur sur la production de l'hémorrhagie cérébrale, et ne la considère que comme une simple coïncidence à laquelle on ne doit faire jouer aucun rôle. Mais ce médecin a-t-il bien distingué l'hypertrophie avec rétrécissement, avec ossification des valvules, de l'hypertrophie simple avec ou sans dilatation? N'est-il pas évident pour tout le monde qu'un cœur comme celui que je présente ici doit pousser le sang vers le cerveau avec plus de force qu'un cœur ordinaire; que de plus, si les ouvertures sont dilatées en proportion du volume du cœur, le sang doit arriver d'autant plus vite au cerveau, que rien ne s'oppose à son impulsion. De là la turgescence des parties supérieures.

Que si le cœur, quelque volumineux qu'il soit, offre des ossifications ou rétrécissement à l'orifice de l'aorte, nous ne remarquerons pas des phénomènes semblables, ou du moins rarement; il y aura bien une gêne de la circulation, mais elle aura lieu dans le poumon et non dans le cerveau, il y aura de l'œdème dans les parties inférieures du corps, une gêne très grande de la respiration, les malades *étoufferont*, pour me servir de leur expression; le plus souvent la face sera pâle et bouffie, le pouls même éprouvera des changemens notables, quelquefois très variables. Mais il n'y aura que rarement cette rougeur de la face, ces bouffées de chaleur, ces étourdissemens dont se plaignent souvent les malades dont le cœur est gros, hypertrophié, sans rétrécissement de l'ouverture ventriculo-aortique.

Que l'on consulte les observations qui ont été publiées soit de simple congestion, soit d'hémorrhagie cérébrale, et l'on verra qu'elles ne coïncident que très rarement avec des rétrécissemens d'une nature quelconque. Au mois de novembre de cette année, j'ai publié, dans la *Gazette médicale*, n° 105, six observations de mort subite attribuées à des congestions, ou du moins c'est l'opinion qui a paru la plus probable, et il n'y avait de rétrécissement manifeste que dans un seul cas.

Dans les cas d'hémorrhagie cérébrale que j'ai observés, je n'ai trouvé qu'une seule fois une ossification des valvules sygmoïdes avec rétrécissement. Je suis donc porté à croire que M. Rochoux n'a pas attaché à l'hypertrophie du cœur toute l'importance qu'elle mérite; je crois, contrairement à son opinion, que le cœur a joué, dans ce cas, le rôle principal.

Mais poursuivons nos recherches. Que penser du volume énorme du foie? Quoique la couleur fût plus foncée qu'elle ne l'est ordinairement, je suis loin de penser que le parenchyme fût malade. La quantité de sang dont il était gorgé était seule capable de le rendre plus rouge, plus friable et plus pesant. Mais le volume est remarquable sous deux rapports : d'abord, parce qu'il est rare de voir cet organe aussi volumineux, quand il est dans son état physiologique, et qu'ensuite, par sa forme pyramidale, il refoulait en haut le poumon droit, qui avait été réduit à un si petit volume qu'il devait à peine suffire à la respiration de cette femme; de telle sorte que cette gêne de la circulation dans le poumon est une autre raison de voir ici une prédisposition de plus à l'hémorrhagie cérébrale. Le poumon droit n'était pas le seul comprimé; le gauche, refoulé par le cœur, se trouvait appliqué contre les parois thoraciques, et de là une diminution considérable dans son volume, et un obstacle à la circulation. Il est encore une autre circonstance qui me paraît digne de remarque et que je dois signaler; je veux parler de l'état de l'estomac.

Nous avons vu à l'autopsie qu'il renfermait une certaine quantité d'alimens, et qu'il était, de plus, fortement coloré rouge, surtout dans la région pylorique.

Tout le monde sait quel obstacle apporte au jeu du diaphragme la présence d'une certaine quantité d'alimens dans l'estomac. Chacun, après son repas, a pu faire cette observation sur soi-même. Mais que penser de la rougeur pointillée de la muqueuse stomacale? évidemment cet organe était dans l'état sain, et cette rougeur tenait probablement au travail de la digestion. Sur huit cas de mort subite, l'estomac a été trouvé vide six fois; deux fois il contenait des alimens. Dans les six premiers cas, quatre fois je l'ai trouvé parfaitement blanc, deux fois il était légèrement ardoisé. Il y avait des traces d'inflammation chronique. Dans les deux derniers cas, la muqueuse était rosée, comme dans l'observation que je présente, et jamais, pas plus que chez la femme qui me fournit cette réflexion, les malades n'avaient accusé de douleur dans la région épigastrique. Il est évident pour tout le monde qu'Imbert n'avait aucune trace d'affection pathologique à l'estomac; son embonpoint, et bien plus encore la présence des alimens que nous avons signalés, en sont une preuve évidente.

Mais je n'insiste pas davantage sur sujet, ce serait sortir du cadre que je me suis tracé.

TRANSACTIONS MÉDICALES;

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

LITTÉRATURE MÉDICALE;

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS DE PARIS,

(JUILLET 1833.)

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

OBSERVATION

Sur les oblitération de l'intestin grêle chez un nouveau-né; par M. Duparcque.

L'enfant Calliard, du sexe masculin, vient au monde le 17 mars, à deux heures de l'après-midi. Il est d'une belle carnation, fortement constitué; l'étendue de ses premiers vagissemens, la vivacité de ses mouvemens, témoignent de la vigueur de son existence. Sa conformation extérieure ne laisse rien à désirer. Mais l'eau sucrée qu'on lui fait boire revient au bout de quelques instans; bientôt des mucosités d'abord incolores et mélangées plus tard à des matières teignant en vert clair les linges sur lesquels elles s'épanchent, sont régurgitées sans efforts; la nuit est agitée.

Le 18, rien n'a été évacué ni par la verge ni par l'anus. Les liquides rendus par la bouche sont plus abondans et plus colorés. Le ventre est modérément tendu. L'anus, bien conformé, est seulement comme bouché par la matière caséiforme, semblable à celle dont la peau était enduite, preuve que les intestins ne se sont pas vidés de méconium pendant que l'enfant était dans le sein de sa mère ou durant l'accouchement. Une sonde de femme pénètre assez facilement dans le rectum mais parvenue à un pouce et demi de profondeur elle est arrêtée. Je lui substitue le petit doigt de ma main gauche, et je rencontre, à la même distance, un corps à demi concret dont j'enlève quelques portions en le grattant avec l'ongle. Leur couleur vert foncé, leur état poisseux indiquent suffisamment leur nature méconique. Quelques parcelles de cette matière sont entraînées par les lavemens, dont on ne peut, du reste, faire pénétrer qu'une très-petite quantité. Pendant l'exploration, l'urine s'échappe par jets de la verge.

La présence du méconium dans le rectum éloigne les craintes que j'avais d'abord conçues et manifestées sur l'existence probable d'une imperforation plus ou moins profonde du tube intestinal. L'état concret du méconium pouvait bien mettre obstacle à l'évacuation de cette matière, ainsi que cela s'est déjà vu souvent, et comme Underwood, en particulier, en a rappporté de remarquables exemples. J'insistai en conséquence sur l'emploi des sirops purgatifs, des lavemens laxatifs, des suppositoires, des cataplasmes; et plus tard j'appliquai l'huile de croton tiglium en frictions sur le ventre. Tout ce qui fut donné par la bouche ne put même pas être avalé. Ce ne fut qu'en excitant des efforts d'expulsion par l'introduction du doigt dans l'anus, que je parvins à obtenir la sortie du bouchon méconique que j'avais senti dans le rectum. Il avait un pouce de long, trois lignes et demi de diamètre. Il était d'un vert foncé, avait la consistance d'une pâte ferme, et présentait une ténacité poisseuse. Ce bouchon était en grande partie enveloppé dans une sorte de gaîne blanche, pseudo-membraneuse, produite vraisemblablement par la pellicule muqueuse dont Billard a signalé l'existence dans le tube intestinal qu'elle tapisse chez les fœtus, et qui peut simuler, dit cet auteur, aux yeux d'un observateur inattentif, la membrane muqueuse elle-même.

L'excrétion de ce bouchon méconique avait été précédée et fut suivie de l'évacuation de mucosités sanguinolentes, résultat de l'irritation développée dans le rectum par tous les moyens employés pour provoquer l'évacuation. Mais il ne parut plus aucune autre trace de méconium. La régurgitation de matières de plus en plus abondantes, colorées et épaisses, continue. Dans la nuit du 18 au 19, un effort de vomissement, le premier qui se soit manifesté expulse par la bouche et le nez une masse de matières muqueuses, écumeuses, avec des flocons méconiques abondans, le tout répandant une odeur infecte. Après cette évacuation le ventre est moins tendu, le teint s'éclaircit, les yeux se raniment; mais ce mieux ne dure que quelques instans; le corps reprend sa teinte livide et bleuâtre, les extrémités se refroidissent, et la vie s'éteint à midi, après trois jours d'une pénible existence.

Autopsie cadavérique. Elle fut faite le 20 avril, vingt-quatre heures après la mort, en présence de

M. Favrot, médecin au quatrième arrondissement.

L'abdomen est ouvert par une incision cruciale, le péritoine ne contient aucun liquide. Le foie volumineux, d'une couleur brun foncé, et la rate très-engorgée et d'un bleu d'indigo, remplissent le haut de la cavité. Au-dessous se montre le paquet des intestins grêles, considérablement distendus, d'un rouge brun semé de plaques plus foncées, et sillonnés par des ramifications vasculaires gorgées de sang noir. Arrivé au voisinage de la fosse iliaque droite, et à quelques pouces de sa terminaison naturelle, cet intestin s'interrompt brusquement et forme une saillie digitiforme, libre, flottante, d'un pouce de long; il semble au premier abord, que là se termine complètement l'intestin, mais en l'examinant avec attention, on aperçoit un renflement étroit qui, partant du sommet de la portion dilatée digitiforme, règne sous la face inférieure jusqu'à ce que, parvenu au repli mésentérique, et par conséquent après un trajet de onze à douze lignes, ce renflement se continue avec un cordon blanchâtre du volume de l'appendice cœcale, lequel, renfermé dans la duplicature de la continuation et de la terminaison du mésentère, va, après un pouce de trajet, s'aboucher au cœcum à l'endroit où se termine et s'insère ordinairement l'iléum. Ce renflement et ce cordon qui le continue, représentent donc évidemment la continuation de l'intestin grêle, mais considérablement rétréci.

Il résulte de cette disposition, 1° que l'intestin grêle peut être considéré comme formant près de la terminaison une anse dont les deux parties, adhérentes entre elles par leur bord mésentérique, sont privées de mésentère et enfermées dans une même gaîne péritonéale. 2° Que la portion supérieure est considérablement dilatée, tandis que la partie inférieure se trouve être frappée d'oblitération et d'un rétrécissement considérable. 3° Que cette portion inférieure ou rétrécie, confonduc d'abord avec la supérieure, et n'apparaissant que sous forme de renflement longitudinal, reprend son droit de domicile dans la duplicature mésentérique, pour de là se terminer au cœcum, comme dans l'état ordinaire. 4° Que la fin rétrécie de l'intestin a deux pouces de longueur, savoir : un pouce adhérent à sa partie dilatée, et un pouce de libre.

L'intestin dilaté étant ouvert, on aperçoit, à la partie inférieure du cul-de-sac qui le termine, une petite cavité infundibuliforme terminée elle-même en cul-de-sac, ayant une ligne de diamètre et une demi-ligne de profondeur. Cette petite cavité correspond exactement au commencement du renflement que nous avons dit former la continuation rétrécie de l'intestin; l'entrée de cet indice de communication est masquée par un repli valvulaire de la muqueuse, dont la saillie se trouve plus marquée par le fait du doublement de l'intestin.

La partie rétractée de l'intestin est complètement oblitérée, à partir de la petite cavité infundibuliforme dont il vient d'être fait mention, dans toute l'étendue de la portion adhérente qui forme renflement, jusqu'à deux lignes de la partie détachée. Le reste est canalisé jusqu'au cœcum, avec la cavité duquel ce canal se continue comme dans l'état normal. Un stylet poussé dans ce petit canal, l'injection et l'insufflation ne peuvent pénétrer au-delà du point indiqué. Ainsi donc l'oblitération existe dans une étendue de quatorze lignes environ. Le cœcum a le volume d'un haricot d'Espagne. Son appendice est dans l'état ordinaire. Le reste des gros intestins, colon, s du colon, rectum, est également rétréci au point de ne pas présenter plus de grosseur que l'appendice cœcale. Toutes ces parties intestinales rétrécies sont d'une couleur blanc-mat, qui les détache du fond livide de toute la cavité abdominale, et notamment de la masse des intestins grêles autour de laquelle elles forment une sorte d'encadrement blanc. OEsophage, estomac et duodénum dans l'état ordinaire.

Les parois de l'intestin grêle sont résistantes et épaisses malgré leur énorme distension, la violente inflammation dont elles présentaient les marques évidentes en rend raison. Leur face interne est enduite d'une couche muqueuse, comme puriforme, qui isole la membrane muqueuse du contact immédiat des matières méconiques dont cet intestin était engorgé. Ces matières sont écumeuses, muqueuses, de consistance sirupeuse, jaunâtres et vertes, contenant des flocons plus épais et d'un vert plus foncé.

Toute la cavité des intestins rétrécis ne contenait qu'une petite quantité de mucosités blanchâtres et visqueuses, et aucune trace de méconium. Le rectum, plus dilaté, présentait des traces d'inflammation.

Réflexions. Les exemples d'oblitération du tube intestinal chez les nouveau-nés ne sont pas très-rares. Une première circonstance, qui est commune à presque tous les vices de conformation, soit qu'ils consistent en une intersection complète, ou qu'ils dépendent d'une simple constriction ou agglutination, cette circonstance, bien digne de remarque, c'est qu'ils ont constamment le même siége, qu'ils affectent chez tous les sujets qui les ont présentés, les mêmes régions intestinales; savoir : la fin du duodénum chez les uns, ou l'iléum près de sa terminaison chez d'autres. Ne pourrait-on pas trouver dans cette disposition générale un certain fondement à l'opinion de M. Rolando sur le mode de développement des intestins? Il pensait que ce tuyau se formait par portions isolées, qui se réunissaient ensuite pour former un tout continu.

Dans les cas rapportés par Schæfer (1) et par Billard (2), l'oblitération existait à la fin du duodénum. Dans le fait publié par Desgranges de Lyon, et par un autre auteur dont le nom ne me revient pas maintenant, c'est près de la terminaison de l'iléum que l'oblitération avait lieu, comme dans mon observation. Dans le premier de ces cas, la scission était complète, l'iléum fermé complètement ne communiquait avec le cœcum que par du tissu cellulaire lâche. Dans le second la fin de l'intestin était remplacée par un cordon blanchâtre, résultat probable de cette portion d'intestin rétrécie et complètement oblitérée. Enfin, dans notre fait, la partie de l'iléum placée au-dessous de l'imperforation conservait en grande partie son canal libre.

Mais ce qui distingue principalement notre fait de tous ceux analogues qui ont été observés jusqu'à présent, c'est la présence de méconium dans le rectum,

(1) *Journal complémentaire des Sciences médicales*, tom 24. — (2) *Traité des maladies des enfans.*

nonobstant l'absence complète de toute communication entre les intestins grêles et les gros intestins. Cette circonstance ne viendrait-elle pas contredire l'opinion générale, qui fait venir le méconium des intestins grêles où il se forme du mélange ou de la digestion des eaux de l'amnios, de la bile et autres fluides sécrétés dans les voies digestives, et n'attribue aux gros intestins que la faculté de le condenser par l'absorption de ses parties les plus ténues? Par contre, n'appuierait-elle pas la pensée de quelques auteurs qui regardent le méconium comme le produit d'une sécrétion particulière dont jouiraient toutes les parties du tube digestif également et indistinctement? Cette dernière opinion, établie sur le fait d'un enfant dont l'œsophage et l'estomac contenaient du méconium, bien qu'il n'existât aucune communication entre les organes et les parties d'intestin qui reçoivent les produits biliaires, se trouverait renforcée par notre fait; mais ces preuves pourraient bien être plus spécieuses que fondées. Rien, en effet, ne s'oppose à laisser croire ainsi qu'on l'a dit, que dans le premier cas le vice de conformation a pu ne s'établir qu'à une époque assez avancée de la conception, pour que des matières méconiques aient eu le temps de refluer des intestins dans les voies supérieures. Quant à notre observation, un examen raisonné montrera qu'il a dû en être de même pour la source du méconium trouvée au-dessous de l'oblitération.

En effet, si les gros intestins partageaient avec les intestins grêles la faculté de produire du méconium, 1° l'on devrait constamment trouver de cette matière dans ces gros intestins, malgré le défaut de communication entre eux et les intestins grêles; or, à part le fait qui nous est propre, tous ceux précédemment observés n'ont point offert cette circonstance assez remarquable pour qu'on l'eût signalée si elle avait existé; dans aucun des cas d'interruption de la fin de l'intestin grêle, on n'a trouvé la moindre trace de méconium au-dessous de l'occlusion.

2° Outre le bouchon de méconium concentré qui se trouvait dans le rectum de notre enfant, il aurait dû y en avoir d'autre de plus fraîche date dans les autres parties des gros intestins : or, nous avons vu qu'elles n'en contenaient pas la plus petite parcelle, mais qu'au contraire leur canal rétréci était rempli par une matière muqueuse, comme gélatineuse et blanche. Ne doit-on pas inférer tout naturellement de cette petite quantité du méconium et de son état de concrétion dans le rectum, que la formation de cette matière remontait à une époque plus ou moins éloignée, qu'elle n'a été que déposée dans le rectum, et que là elle n'a éprouvé d'autre transformation que celle résultant de l'absorption de sa partie la plus liquide?

Ainsi, ce fait ne détruirait pas l'opinion la plus générale et la plus probable sur la source du méconium. Il prouverait seulement que l'oblitération de l'iléum n'a dû avoir lieu qu'à une époque assez avancée de la vie fœtale, pour qu'une certaine quantité de matière méconique ait auparavant eu le temps de passer dans les gros intestins; que là, dépouillée par l'absorption de ses parties les plus fluides, elle se sera condensée en approchant du rectum, dans lequel elle aura fini d'acquérir la consistance et la forme qu'elle a présentées au moment de son expulsion.

Ce fait viendrait donc encore à l'appui de l'opinion de Désormeaux, qui inclinait à penser que l'on devait rapporter à des suites d'inflammation toutes les imperforations d'ouvertures naturelles, et les oblitérations des conduits et canaux que l'on range parmi les monstruosités, et que l'on attribue ordinairement à des vices de conformation primitive.

Je termine, en déduisant de mon observation cette conclusion : que la présence du méconium dans le rectum, et sa sortie par l'anus, ne prouvent pas l'intégrité de continuité du canal digestif.

QUELQUES IDÉES

SUR LA COMPRESSION ÉVAPORANTE,

Considérée comme moyen thérapeutique dans certaines hydropisies articulaires.

Par le docteur ROGNETTA.

Persuadé qu'en médecine tout raisonnement qui n'est pas basé sur des faits bien authentiques est de peu d'autorité pour les praticiens sévères, j'exposerai, sans autre préambule, une observation pratique qui m'est propre, et j'en déduirai toutes les conséquences qui me sembleront autorisées par la saine raison médicale.

Observation.

Le nommé M. Baron, caissier dans la maison Javin, rue Pavée, numéro 3 (au Marais), âgé de cinquante et quelques années, athlétiquement constitué, habituellement bien portant et très-enclin à l'intempérance, éprouva une grande faiblesse dans les articulations des genoux, par suite de marches forcées, qu'il avait été obligé de faire, comme garde national, durant les troubles politiques de Paris, des 5 et 6 juin 1832. Quelques jours de repos dissipèrent cette faiblesse pour le genou droit, mais celle du côté gauche alla en augmentant.

Un mois après, environ, le malade ayant consulté un médecin, appliqua sur cette articulation une genouillière en laine tricotée. Le mal ne cessa pas de faire des progrès; la tuméfaction du genou augmenta par degrés, et la faiblesse de l'articulation, quoiqu'indolente, ne fit que s'accroître; de sorte qu'au commencement d'octobre, quatre mois après le début de la maladie, M. Baron pouvait à peine faire une médiocre course sans se fatiguer singulièrement, et sans être obligé de s'arrêter plusieurs fois en chemin, par la grande débilité qu'il éprouvait dans le genou gauche.

Ce fut à cette époque que je fus consulté par le malade. Voici dans quel état je trouvai les choses lors de ma première visite :

Genou gauche très-tuméfié, ayant un volume à peu près double en comparaison de l'autre qui était sain. Tuméfaction oblongue verticalement, mais plus évasée sur les côtés, et saillante en avant par le soulèvement de la rotule. Peau recouvrant la tumeur, un peu pâteuse ou infiltrée, et un peu plus blanchâtre que celle de l'autre genou. Indolence au toucher. Fluctuation très-

manifeste, surtout dans le sens du diamètre transversal ou des deux côtés de la rotule; celle-ci presque flottante au-devant de l'articulation fémoro tibiale. Poussé d'avant en arrière avec les doigts, cet os parcourt un espace d'un pouce et demi environ, avant d'appuyer sur la face antérieure de la poulie articulaire du fémur; pendant cette manœuvre le liquide intra-capsulaire est chassé aux deux parties latérales, où il forme deux bosses distinctes : l'interne de ces bosses est plus volumineuse et plus saillante que l'externe. La proéminence et la fluctuation de toute la tumeur sont plus marquées quand le malade est debout, la jambe étendue, que quand il est assis, la jambe étant fléchie. Faiblesse dans tout le membre. Sentiment de malaise et de froid dans le genou malade, qui s'étend en haut et en bas jusqu'au milieu de la cuisse et de la jambe, et même jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Démarche difficile et bientôt fatigante. Absence de toute espèce de douleur ou d'autre signe de phlogose active. Santé générale, bonne. Le malade fait remarquer l'existence d'un petit corps dur immobile, du volume d'une noisette, situé en dehors de l'articulation du genou, tout près du bord supérieur externe de la rotule. Je considérai cette petite grosseur comme étrangère au mal de l'articulation, et je la rapportai à un endurcissement partiel de quelque paquet de fibres tendineuses ou ligamenteuses de cette même partie.

Les recherches sur l'état passé de la santé du malade m'apprirent que, tout en jouissant d'une santé habituellement bonne, il avait eu, quelques années auparavant, 1° un spermatocèle pour lequel il avait consulté M. Cullerier, et dont il avait été guéri; 2° une éruption dartreuse, qui se montrait à certaines époques de l'année à la région sacro-périnéale; 3° un rhumatisme léger, qui avait autrefois vagué dans plusieurs parties *non-articulaires* du corps, et dont il avait été complètement débarrassé par les bains de vapeurs. Le genou actuellement malade n'avait jamais été le siége d'aucune maladie. Tel était l'état présent et passé du malade quand j'entrepris la guérison de son hydropisie articulaire.

Prescription : *Repos absolu, vésicatoires volans autour de l'articulation malade; frictions sèches et aromatiques sur tout le membre.*

Ce traitement, qui parut utile d'abord, fut continué avec exactitude pendant plus de cinquante jours ou deux mois. Plus de vingt vésicatoires volans furent appliqués successivement à cette époque; quoique la congestion synoviale fût moins abondante qu'auparavant, et que le malade sentît son mal s'affermir davantage, néanmoins comme les progrès de l'amélioration étaient devenus presqu'insensibles, le mal étant en quelque sorte stationnaire, je jugeai convenable d'interrompre pendant quelque temps l'usage des vésicatoires, dans l'intention d'y revenir plus tard.

Ce fut alors, vers la première semaine du mois de décembre, que j'eus recours d'abord à la compression ordinaire, que je pratiquai à l'aide de bandes et de compresses épaisses autour de toute la partie malade. Cette compression sèche fut continuée pendant trois semaines sans aucune amélioration. Les frictions de baume de Fioraventi et de teinture de cantharides que j'avais associées pour chaque renouvellement d'appareil, ne rendirent guère plus efficace l'action du bandage compressif.

Je revins à l'usage des vésicatoires (1er janvier 1833), qui, pour cette fois-ci, ne réussirent plus, car le mal empira évidemment sous leur influence. La quantité de synovie augmenta visiblement tous les jours, la tumeur grossissait de volume, la gêne des mouvemens, la faiblesse du membre et tous les autres symptômes ne firent que s'accroître; de sorte que, vers le dix-huitième ou vingtième jour du même mois, le malade, qui auparavant marchait un peu (malgré ma défense), fut obligé de s'aliter. Nous voilà par conséquent arrivés à trois mois et demi de traitement, sans que l'état du malade fût aucunement amélioré. Il est bon néanmoins de remarquer ici trois choses; savoir : 1° l'amélioration du mal, que plus de vingt vésicatoires firent espérer pendant les deux premiers mois du traitement; 2° l'état stationnaire de la maladie sous l'action de la compression sèche, telle qu'on l'emploie généralement; 3° l'augmentation du volume de la tumeur durant l'époque de l'application des derniers vésicatoires, après le bandage compressif.

Voici maintenant quel était l'état du malade à l'époque où il avait été obligé de garder le lit. Ce second examen est fort essentiel pour nous, car c'est dès cette époque que je songeai à la *compression évaporante.*

Gonflement énorme de tout le genou; la fluctuation s'étend jusqu'au quart inférieur du fémur; la membrane synoviale avait franchi les condyles du fémur et s'étendait aux parties latérales et supérieures de la rotule, en formant deux poches distinctes au-dessous des muscles de la partie antérieure de la cuisse. Les mouvemens de la jambe sont très-gênés, mais le malade n'accuse presque pas de douleurs dans l'articulation ni ailleurs. Tels étaient les phénomènes que la malade présentait à l'époque que je viens d'indiquer. Dans cet état de choses, je pensai qu'il fallait agir plus énergiquement que par le passé, attendu que le mal aurait pu prendre la marche des tumeurs blanches, et devenir beaucoup plus fâcheux qu'il ne l'était. Aussi, après avoir déclaré aux parens et amis du malade que, si l'on attendait encore quelque temps pour agir plus activement, l'affection du genou pourrait devenir grave au point de n'offrir d'autre chance de salut plus tard que dans l'amputation de la cuisse, ai-je proposé au malade la ponction de la tumeur, à l'aide d'un très-petit trois-quarts que j'enfoncerais dans la poche synoviale avec des précautions convenables pour empêcher l'entrée de l'air dans l'articulation. Ma proposition ne fut pas complètement rejetée par le malade; mais il désira qu'avant de lui pratiquer l'opération proposée, j'essayasse l'effet de quelques autres moyens plus doux que la ponction, mais plus actifs que ceux que nous avions déjà mis en usage. Ce fut alors que j'imaginai de rendre la compression ordinaire plus active, en la rendant *évaporante*, de la manière que je décrirai ci-après. J'acquiesçai d'autant plus volontiers à ce désir du malade, que, dans le traitement de ces maladies, la ponction elle-même n'est pas exempte de danger, et que je ne voulais rien avoir à me reprocher dans le cas d'événement malheureux chez le sujet dont il s'agit.

Je procédai donc de la manière suivante (15 janvier).

Appareil: Il se compose, 1° de deux ou trois bandes de toile assez résistante, ayant chacune cinq à six aunes de longueur et trois travers de doigt de largeur ; 2° de quatre compresses graduées, à peu près pareilles à celles dont on se sert dans les fractures de l'avant-bras, ayant chacune un bon pouce d'épaisseur et un pied de longueur environ ; 3° d'une autre compresse en plusieurs doubles, assez large pour couvrir la tumeur ; 4° de l'eau de-vie camphrée et de l'acétate de plomb liquide, en suffisante quantité pour faire tremper les compresses ci-dessus ; 5° enfin, d'un fer à repasser, chauffé jusqu'à blanc.

Je commençai, à chaque renouvellement de l'appareil, par appliquer deux ventouses sèches sur les deux parties latérales de la tumeur, à l'aide d'un ventousier à pompe. Chacune de ces ventouses ne produisait pas de vésication proprement dite, mais la peau de la tumeur était tellement soulevée dans le verre, qu'elle y formait une espèce de bosselure du volume et de la couleur d'une orange ; si l'on *touchait* la surface de cette tumeur artificielle, on sentait manifestement une fluctuation qui avait lieu dans le tissu cellulaire sous-cutané ; cette fluctuation était différente de celle de la congestion synoviale ; elle était aussi plus superficielle, et dépendait suivant moi d'un épanchement de sérosité, que chaque ventouse produisait dans les mailles du tissu cellulaire qui unissait la poche synoviale aux tégumens. Le lendemain, cet épanchement se trouva constamment résorbé et l'épiderme exfolié à l'endroit de la ventouse. M. le docteur Sterlin, qui a été présent à deux des pansemens que je pratiquai à ce malade, a pu s'assurer de l'espèce d'extravasation sous-cutanée que les ventouses produisaient, et de la résorption prompte qui avait constamment lieu par l'action de la compression qui suivait cette opération préparatoire. Je signale ces circonstances parce qu'elles ne sont pas sans intérêt pour la pratique.

Cela fait, j'ai bandé circulairement et en doloire le membre, depuis le pied jusqu'à la partie supérieure de la jambe, où j'ai arrêté ma première bande à l'aide d'une épingle. J'ai ensuite trempé la grande compresse n° 3, dans un mélange de cinq parties d'eau-de-vie camphrée et une partie d'acétate de plomb ; je l'ai exprimée un peu et posée sur la tumeur du genou. Sur cette compresse a été placé le fer chaud dont j'ai parlé plus haut ; ce fer a été précisément posé sur les deux parties latérales de la rotule. Je l'ai laissé sur chaque côté, autant de minutes que le malade a pu le supporter ; je le changeais d'un côté à l'autre du moment où le malade accusait une douleur insupportable par l'effet de la chaleur. Cette opération, qui durait en tout une douzaine de minutes, a été répétée quatre à cinq fois pour chaque côté de la tumeur, en retrempant à chaque fois la compresse dans le mélange déjà indiqué ; cette compresse ne servait uniquement que pour transmettre la chaleur aux parties souffrantes. Enfin, après avoir échauffé, rechauffé, frotté et séché la surface humide de la tumeur, j'ai posé les quatre compresses graduées : deux longitudinalement sur les parties latérales de la tumeur, et deux transversalement au-dessus et au-dessous de la rotule, de manière à former une espèce de carré dont le milieu était occupé par la rotule (1). Ces compresses étaient également trempées dans la liqueur ci-dessus. Puis, tandis que le malade retenait lui-même avec ses deux mains les quatre compresses ainsi disposées, je reprenais le bandage du membre à l'aide d'une seconde bande, en commençant à l'endroit où j'avais fini avec la première. Je couvrais avec des 8 de chiffres bien serrés la superficie de la tumeur et des compresses graduées ; de manière à exercer une compression assez forte sur celle-ci, surtout en agissant dans la direction du diamètre transversal du genou. Ce bandage était continué en doloire jusqu'au haut de la cuisse. Je terminais mon pansement de tous les jours, en répandant un demi-verre du même mélange spiritueux, qui avait servi pour tremper les compresses, sur les tours de bande qui couvraient la tumeur, et je posais enfin un autre fer chaud sur tout l'appareil du genou, en recommandant au malade de le promener d'une partie à une autre de la tumeur, et d'y reverser de la même liqueur quand le tout serait séché. C'est ainsi que j'entretenais une évaporation constante spiritueuse, à la surface de la tumeur, conjointement à une forte dose de chaleur artificielle ; et c'est ainsi que je rendis *évaporante la compression simple dont on se sert en chirurgie.*

Le malade a si bien compris l'importance de ma recommandation qu'il ne cessait de faire ces aspersions et ces applications de fers chauds que pendant le sommeil seulement. Cet appareil a été, comme je l'ai déjà dit, renouvelé par moi toutes les vingt-quatre heures, en rendant la compression de plus en plus serrée à mesure que les parties s'habituaient à sa présence, et que la graisse du membre disparaissait ; car c'est là un des effets primitifs de la compression sur une partie vivante.

Les heureux effets de cette méthode de traitement ont commencé à être sensibles dès le quatrième jour de son application ; car, dès cette époque, la tumeur a visiblement commencé à diminuer de volume ; si bien que, le premier février, c'est-à-dire seize jours après l'usage de la compression évaporante, le malade a pu se lever et marcher dans son appartement, sans gêne. La tumeur était réduite de moitié de son volume primitif, et le malade sentait renaître la force de station et de motilité dans son membre. Il a continué à se lever et à s'occuper, mais sans sortir de chez lui.

Le traitement que je viens d'exposer a été continué avec exactitude pendant à peu près un mois, époque à laquelle le malade me paraissant complètement guéri, je cessai l'usage des liqueurs évaporantes sur le genou, en me contentant de faire continuer le même *bandage*

---

(1) *N. B.* J'avais cru d'abord que la compresse transversale inférieure serait tout-à-fait inutile, parce qu'elle agit plutôt sur le ligament *rotulien* que sur la tumeur elle-même ; mais l'expérience m'a démontré sur ce malade, que cette compresse est d'une grande utilité pour donner de la force au genou et faciliter ses mouvemens ; car, en soutenant le ligament rotulien, elle soutient aussi et relève la rotule de bas en haut, et renforce par là la faculté de motilité de l'articulation ; en effet, le malade sentait son genou beaucoup plus faible quand je négligeais l'emploi de cette compresse.

compressif, mais *à sec*, comme moyen préservatif d'une récidive toujours à craindre dans ces maladies (1).

Maintenant, deux mois après la cessation des lotions évaporantes, le malade se trouve très-content de son état, la congestion synoviale a tout-à-fait disparu, le genou malade a repris son volume et sa forme naturels, mais la force de cette articulation, quoique revenue au point de permettre au malade de vaquer à ses affaires habituelles, néanmoins n'est pas encore en tout semblable à celle de l'autre ; car les ligamens articulaires, ayant été très-distendus, n'ont pas encore repris toute leur élasticité naturelle, comme on peut le constater par la mobilité excessive que la rotule de ce côté conserve encore. Le malade cependant supplée à cet inconvénient à l'aide du bandage qu'il porte appliqué de la manière ci-dessus.

Mais je dois répéter ici, comme une circonstance digne de remarque, que si le malade cesse d'employer dans son bandage la compresse transversale inférieure, qui relève la rotule de bas en haut ; sa démarche devient singulièrement gênée et difficile.

Réflexions sur l'observation ci-dessus.

L'emploi de la compression évaporante n'est pas nouveau en médecine. En Angleterre, on ne traite l'érysipèle qu'en bandant avec force la partie, si sa forme le permet, et en faisant continuellement des lotions spiritueuses, sur le lieu même, avec des substances *évaporisables*, telles que l'éther, l'alcohol, etc. (2). Ce moyen n'est pas nouveau non plus en chirurgie, car on n'a qu'à parcourir les ouvrages des praticiens anglais, entre autres celui de M. A. Cooper *sur les lésions traumatiques des articulations*, pour voir que, dans une infinité de circonstances, comme dans les collections synoviales actives des articulations, dans certains cas de blessures des jointures, etc., ces chirurgiens prescrivent tantôt des lotions évaporantes seules sur la partie malade, tantôt ces mêmes lotions jointes à la compression expulsive. Les chirurgiens anglais se proposent par là de produire un effet antiphlogistique et sédatif sur la partie déjà enflammée, en opérant la soustraction d'une partie de son calorique libre, et ils ne craignent pas, même dans le plus fort de l'inflammation, d'asperger la partie d'alcohol, d'éther et d'autres substances analogues. Ces substances incendiaires paraîtraient au premier abord devoir accroître l'action du mal ; mais quand on se rappelle cette loi générale de la physique, savoir, *qu'un corps ne peut passer de l'état liquide à l'état aériforme sans soustraire des autres corps environnans une partie de leur calorique libre, et par conséquent, sans produire un froid plus ou moins intense*, l'étonnement cessera, et l'effet antiphlogistique de cette médication ne présentera rien d'incompréhensible ni d'extraordinaire.

J'ai voulu appliquer ces mêmes principes au traitement des hydropisies articulaires, mais avec des modifications essentielles, et dans un but tout-à-fait différent que celui que les chirurgiens anglais se proposent ; car la maladie dont je parle étant le plus ordinairement chronique et de nature asthénique, exige d'autres *modificateurs* que les antiphlogistiques proprement dits, pour guérir ; aussi fallait-il ajouter plutôt à la partie du calorique artificiel qu'en soustraire du naturel, et joindre à ce moyen tout ce qui aurait pu rendre la compression plus efficace, en activant l'action absorbante des lymphatiques : c'est ce que je me suis proposé de faire en me servant des ventouses sèches et des substances alcoholiques.

Si l'on considère maintenant, 1° que l'action des ventouses sèches est de ramener la vitalité languissante de l'organe cutané et des vaisseaux absorbans sous-tégumentaires ; 2° que les substances stimulantes dont je me suis servi pour humecter la partie devaient concourir au même but que les ventouses ; 3° que ces mêmes substances servaient à la fois et de véhicule à la chaleur artificielle et de moyen d'entretenir longtemps la chaleur sur la partie, même après que le fer chaud était ôté ; 4° enfin que les compresses très-épaisses et graduées dont j'ai fait usage, avaient pour objet de rendre la compression plus serrée sur la tumeur, et de transmettre également la chaleur à l'organe cutané sans la rendre incommode et douloureuse, l'on aura une idée complète du but que je me suis proposé en mettant en pratique la *compression évaporante* de la manière que je viens d'exposer. Il ne sera pas difficile à présent de comprendre la grande différence qu'il y a entre la méthode des Anglais et celle que j'ai mise en usage. Autre chose est, en effet, d'asperger d'un liquide *évaporisable*, tel que l'éther, une partie déjà enflammée, rouge, chaude, et de le laisser évaporer à l'air, ou d'appliquer en permanence des liquides stimulans, entretenus à une haute température, moyennant un fer très-chaud. Dans le premier cas, il y a soustraction de calorique, diminution de stimulus ; tandis que dans le second, il y a *adjonction* de calorique, stimulation directe, inflammation artificielle.

Mais on pourra m'objecter, 1° que, puisque dans l'observation ci-dessus, plusieurs médicamens ont été employés à la fois pour traiter la maladie, on ne peut savoir au juste auquel de ces moyens on doit attribuer l'honneur de la guérison ; 2° qu'il existe des faits bien authentiques d'hydropisies articulaires guéries tantôt à l'aide de la compression ordinaire, employée sans le secours d'aucun autre moyen, tantôt à l'aide des rubéfians ou des révulsifs, combinés avec le repos de la partie, tels que les vésicatoires, les moxas, le fer rouge, les frictions excitantes ou spiritueuses ; 3° que la *compression évaporante*, si elle réussit dans le traitement de ces maladies, ne mérite pas une place différente de celle des autres remèdes qu'on vient de nommer.

Pour la première objection, je répondrai en disant que dans le cas dont il s'agit, peu importe de savoir rigoureusement lequel des moyens employés à procuré la guérison ; car si parmi ceux que j'ai mis en usage, il y en avait quelqu'un qui fût inutile, son usage n'aurait ici aucun inconvénient pour le malade ;

(1) A présent le malade renouvelle lui-même ce bandage, qu'il borne à l'articulation du genou.

(2) Voyez Abernethy, *Surgical Work*.

mais je peux affirmer avec autant de raison; de mon côté; *que la guérison de cet individu doit être attribuée à l'ensemble des moyens que j'ai employés sur lui, et non pas à quelqu'un d'eux pris en particulier.* En effet, le mal, avait opiniâtrément résisté; il s'était montré même réfractaire (puisqu'il continuait à faire des progrès) à l'action des médicamens ordinaires, employés successivement, et avec persévérance et méthode. Quant à la seconde objection, je ne nie pas les guérisons qu'on a obtenues à l'aide des moyens sus indiqués, puisque je connais moi-même de ces guérisons; mais lorsque ces remèdes auront échoué, comme dans le cas de mon malade, qu'emploiera-t-on de plus actif avant d'en venir à la ponction, moyen si redoutable dans certains cas? Je crois, par conséquant, qu'une sage combinaison de ces médicamens, qui rende l'ensemble de leur action beaucoup plus énergique que si l'on n'employait que successivement chacun d'eux en particulier, est ce qu'il y a de plus raisonnable à faire dans certains cas d'hydrartrose. Sous ce rapport, je considère la *compression évaporante* comme une véritable acquisition pour la thérapeutique de cette maladie, surtout, comme je viens de le dire, lorsque les autres moyens généralement mis en usage auraient échoué. Il est vrai qu'on ne peut pas tirer des conséquences décisives du seul fait qu'on vient de lire; mais j'invite ceux de mes confrères qui auraient l'occasion de traiter de ces maladies, de vouloir bien essayer le moyen que je propose, et de publier le fruit de leur expérience sur ce sujet. Enfin, à l'égard de la troisième objection, je dirai que je n'attache aucun prétention spéciale au moyen en question; je ne le donne que comme un moyen plus actif que ceux qu'on avait employés jusqu'à ce jour (la ponction exceptée) dans le traitement des hydropisies articulaires; il pourrait, du reste, avoir ses insuccès comme presque tous les autres moyens thérapeutiques connus; mais il pourrait aussi devenir un remède fort utile entre les mains d'autres praticiens: c'est à l'expérience à confirmer ou infirmer son efficacité.

Tous les bons esprits conviendront cependant qu'il doit y avoir une grande différence entre l'action d'une *compression simple* et celle d'une compression rendue *évaporante* par la concurrence *permanente* d'une forte dose de calorique, transmis lui-même à travers un liquide stimulant, et combiné à un autre moyen préparatoire (les ventouses sèches), non moins propre à activer les vaisseaux absorbans.

Mais il est d'autres points de vue sous lesquels nous devons considérer l'observation précédente et la compression elle-même. D'abord, l'accroissement considérable et presque instantané que prit la tumeur, sous l'emploi des derniers vésicatoires, comment doit-il être considéré? y a-t-il eu rupture de la capsule synoviale par effet de la marche forcée à laquelle le malade avait été astreint quelques jours auparavant; ou bien n'y a-t-il eu qu'une simple distension de la membrane séreuse qui, par l'augmentation rapide de la synovie, aurait acquis en moins de vingt quatre heures un volume double de celui qu'elle avait avant les derniers vésicatoires? La rupture instantanée de la membrane synoviale distendue peut arriver, sans doute, même sans que les tégumens extérieurs souffrent aucune lésion; mais dans ce cas, l'accident est accompagné d'un sentiment de déchirement très-manifeste pour le malade, et l'humeur s'épanche dans le tissu cellulaire environnant; la tumeur semble affaissée d'abord et plus étendue en largeur; puis des inflammations et des suppurations ne manquent pas de survenir aux environs de l'articulation, ce qui rend la maladie très-grave; mais aucune de ces circonstances n'a été rencontrée chez ce malade (1). Aussi la dernière supposition paraît-elle plus problable que la première? Quand on pense, en effet, à l'épaississement et à l'extensibilité que les membranes séreuses sont susceptibles d'acquérir dans les hydropisies, cette augmentation considérable du volume de la tumeur, sans rupture de la synoviale, n'offre rien qui étonne. Qu'on se rappelle, en outre, que la synoviale du genou est naturellement la plus grande, la plus flasque, et la plus exhalante des membranes intrà-articulaires du corps humain; qu'on se rappelle surtout les belles expériences de l'immortel Scarpa sur la distensibilité des membranes séreuses en général, et l'on ne sera plus étonné de l'accroissement rapide, presque instantané, que la tumeur en question a pu prendre sans que la frêle membrane qui lui sert d'enveloppe immédiate, ait subi aucune déchirure (2).

Examinons maintenant une autre question. De quelle manière la compression agit-elle en guérissant certaines hydropisies? Est-ce en diminuant l'abord des humeurs dans la partie par la gêne dans la circulation, ainsi qu'on l'a dit; ou bien n'exerce-t-elle pas une action d'excitabilité toute spéciale sur les vaisseaux absorbans de la partie? Cette dernière opinion nous paraît la plus probable: en effet, lorsque, par exemple, la compression des parois abdominales guérit une hydropisie ascite ou enkystée (comme on en connaît aujourd'hui plusieurs exemples bien constatés) où est l'empêchement prétendu de l'abord des humeurs? On conçoit bien que cette seconde explication ne peut pas être admissible dans tous les cas d'hydropisie, et qu'il vaut mieux avouer notre ignorance sur ce sujet que de nous livrer à des conjectures. Un point plus important à examiner pour la pratique est celui-ci: lorsque la compression guérit une hydropisie articulaire, la poche qui contenait la sérosité s'efface-t-elle comme celle d'une hydrocèle, ou bien persiste-t-elle, même après la disparition de la synovie? Je ne crois pas que dans

---

(1) Voyez un beau fragment d'anatomie pathologique sur cette matière, publié dernièrement par M. Velpeau, dans les *Transactions médicales*.

(2) Une large portion de membrane séreuse ayant été distendue et clouée par Scarpa autour d'un cerceau de bois, à peu près comme la peau d'un tambour, a pu soutenir un poids de quinze livres sans se rompre. Le poids ôté, la même membrane est revenue sur elle-même, et a repris sa première figure plane par la seule force d'élasticité naturelle. Ce n'a été qu'après être restée pendant quelque temps sous l'action de ce poids que la membrane séreuse à perdu son élasticité naturelle, et pris la figure d'un sac ou plutôt d'un cône creux, renversé. (*Scarpa, Sulle ernie, seconda edizione, in folio. Pavia* 1819. Pag. 8.

ces cas la poche synoviale s'efface toujours, comme la vaginale du testicule hydropique, c'est-à-dire, par adhérence réciproque de ses parois. Je ne dis pas que cela ne puisse pas arriver quelquefois, surtout lorsqu'un travail de phlogose sur-aiguë a succédé à l'état atonique de la synoviale, et a terminé heureusement la maladie; mais je suis porté à croire d'après le raisonnement, et d'après quelques faits d'autopsies consignés dans les auteurs, que la poche synoviale ne s'efface pas après la guérison de la maladie par l'effet de la compression; et voici sur quoi je me fonde. Si les parois de la poche synoviale adhéraient parfaitement entre elles après la guérison d'une hydrartrose; il n'y aurait jamais récidive du même mal; cependant, rien n'est plus commun dans la pratique que de voir l'hydropisie articulaire se reproduire, après un certain laps de temps, dans la même articulation où elle avait existé autrefois. En outre, il est évident que si les parois de la membrane intrà-articulaire adhéraient et entre elles et avec les ligamens de l'article qu'elle revêt en-dedans, il devrait y avoir constamment ankylose plus ou moins complète de l'articulation, après chaque guérison d'hydrartrose par la compression ou par tout autre procédé non-sanglant; ce qui est contraire à l'observation. Enfin, dans deux cas d'hydropisie articulaire au genou, disséqués par M. Brodie, à Londres, sur des sujets qui, étant déjà guéris de ce mal à l'aide des vésicatoires volans, avaient consécutivement été atteints de maladie étrangère à la première, et dont ils sont morts, on a trouvé chez tous les deux la membrane articulaire presque vide de synovie, mais considérablement distendue, épaissie, affaissée, ridée et presque ratatinée comme un vieux sac herniaire. Chez l'un de ces sujets, la membrane synoviale avait acquis une ligne et demi d'épaisseur (1).

Abordons enfin l'examen d'un dernier point relatif à la compression appliquée aux hydropisies articulaires. Il est connu de tout le monde que, dans une infinité de cas d'hydrartrose, la compression simple a été employée sans aucun succès. Mais comment l'a-t-on employée? dans quelles circonstances l'a-t-on mise en usage?

On n'a employé la compression que sur la tumeur articulaire seulement, et à l'aide de bandes simples, sans autre chose. La non-réussite de cette conduite n'a rien qui étonne; car une bande ainsi placée ne doit comprimer que fort imparfaitement la tumeur, attendu les inégalités naturelles de l'articulation, qui s'opposent à une compression uniforme et très-serrée. L'exrience m'a démontré qu'au genou, par exemple, on ne peut comprimer de la sorte que très-légèrement; car la rotule, pour peu qu'on serre la bande, devient le siége d'une douleur insupportable. Mais quand on emploie la compression non-seulement sur le siége de la tumeur, mais encore sur tout le membre à la fois, quand on environne en même temps l'articulation avec des compresses graduées très-épaisses, comme je viens de le faire, dans le double but d'empêcher que la bande ne comprime pas douloureusement les points naturellement les plus saillans de l'articulation, et de concentrer la force comprimante dans la direction qu'on juge plus convenable, ce qui contribue à rendre singulièrement énergique la compression, quand enfin on rend évaporante cette compression, de la manière que je viens de l'expliquer, les effets du bandage doivent être tout autres que ceux qu'on a obtenus jusqu'à ce jour.

En outre, si l'on voulait, à l'aide de cette méthode, espérer des guérisons dans des cas d'hydropisie où cette méthode elle même n'est point applicable, comme dans toutes les hydrartroses avec *lésion organique* des parties constituantes de l'articulation, soit par ulcérations, suppurations intrà-articulaires, carie ou nécrose, soit par quelque dégénérescence lardacée, soit enfin par toute autre altération qui aurait donné à la maladie les caractères propres aux tumeurs blanches articulaires, dans tous ces cas, dis-je, il n'y aurait rien d'étonnant que la méthode en question se montrât plutôt nuisible qu'utile. La compression évaporante, telle que je l'emploie, ne serait pas indiquée non plus dans les hydrartroses aiguës, douloureuses et inflammatoires. Mais après que la période phlogistique a été dissipée, que la tumeur est indolente à la pression, qu'elle aura résisté à l'action des vésicatoires et des autres moyens mis ordinairement en usage, en un mot, après que l'hydropisie est devenue asthénique, passive, c'est alors que la compression évaporante doit être employée avec quelque espoir de succès. On conçoit du reste que cette méthode est également applicable à toutes les époques des hydropisies articulaires simples, qui sont asthéniques dès leur début. Mais dans le cas où l'hydrartrose ne serait pas une maladie locale, que la plupart des articulations du corps fussent à la fois atteintes de cette maladie, comme je l'ai vu une fois (2), il est évident que le mal étant ici lié à un vice constitutionnel, tout traitement local serait inutile sans une médication générale préalable.

Je ne dois pas finir ce mémoire sans rendre hommage aux réflexions que m'a suggérées l'excellent travail de M. Bricheteau, intitulé: *De la compression, de son usage dans les hydropisies et particulièrement dans l'ascite* (3).

Les recherches importantes de cet habile praticien sur ce sujet sont antérieures aux miennes; mais on peut se convaincre, par la lecture attentive de son mémoire et du mien, qu'en imaginant la *compression évaporante*, je n'ai rien emprunté aux idées, très-judicieuses d'ailleurs, émises par M. Bricheteau sur cette matière.

Dans le travail de ce praticien, la compression n'est considérée que d'une manière générale: il n'est nullement question de la manière de rendre la compression

(1) Brodie, *Pathological researches respecting the diseases of the joints.* Avril 1813. —*In the medico-chirurgical Transactions of London*, vol. IV, pag. 201 et suiv.

(2) C'était chez un jeune homme aveugle qui était entré à l'hôpital de la Charité pour subir l'opération de la pupille artificielle, mais M. le professeur Roux a sagement jugé contre-indiquée cette opération, et le malade est entré dans un hospice d'aveugles.

(3) *Archives générales de médecine.* (Janvier 1832.)

beaucoup plus énergique qu'on n'avait fait jusqu'à ce jour. J'invite, du reste, ceux qui voudraient avoir une idée complète de la compression appliquée aux hydropisies en général, à lire l'intéressant mémoire de M. Bricheteau, et à ne considérer, si l'on veut, la note que je publie maintenant, que comme une suite ou un supplément de son travail.

OBSERVATIONS DE MÉDECINE

COMMUNIQUÉES

A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par H. Chauffard, membre correspondant.

De l'efficacité du baume de copahu contre le tænia.

Les substances balsamiqnes ont été rangées parmi les anthelmintiques; mais on y recourt rarement, et d'autres médicamens ont plus de vogue. Voici un fait que je dois au hasard, et qui annonce cependant de quelle efficacité leur emploi peut être suivi.

Un voltigeur du 19e régiment d'infanterie légère, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital dans les premiers jours du mois de septembre de cette année. Symptômes légers de fièvre gastrique que les délayans font bientôt disparaître. Alors le malade, ayant une blennorrhagie très-intense, potion de Chopart à la dose d'abord de deux, puis de six cuillerées dans les vingt-quatre heures. Pendant plusieurs jours, mouvement inexplicable d'ondulations dans l'abdomen avec des bruits, des flatuosités et une salivation abondante. Le pouls restant impassible, la peau fraîche, la langue humide et l'appétit prononcé, j'attribue ces phénomènes à l'ingestion du baume de copahu et ne l'en continue pas moins, le flux gonorrhéique ayant diminué sensiblement. Au onzième jour de son administration, le malade me montre, à la visite du matin, un tænia extrêmement long qu'il avait rendu depuis peu d'instans, et qu'il avait coupé en deux parties égales par une traction un peu trop forte. Le ver paraissait entier et vivant, car il exécutait encore quelques légers mouvemens. Depuis cette époque, ce militaire n'en a plus évacué; il se doutait si peu de l'existence de ce ver, qu'il le croyait une production accidentelle due au baume de copahu.

DE L'EMPLOI

Du laudanum liquide contre les taches de la cornée.

M. Lallemand, dans un numéro des éphémérides, se loue beaucoup de l'emploi extérieur du laudanum contre les taies de la cornée, et s'étonne qu'une substance aussi utile dans de tels cas ne soit pas mise en usage. Depuis très-long-temps, des médecins que je connais, mes collègues à l'hôpital et moi-même employons ce moyen avec plus ou moins de succès; et j'en ai surtout reconnu l'utilité à la fin de ces ophthalmies rebelles, qui persistent après la disparition du période et des symptômes d'acuité. A cette époque où la cornée s'épaissit, où des végétations s'y organisent et deviennent par la suite des taies plus ou moins fortes, j'ai vu l'application de ce topique prévenir ces dégénérescences ou en détruire quelquefois peu à peu les résultats et éclaircir des yeux couverts de taches.

Marie âgée de quatorze ans, non menstruée, fortement constituée, avait éprouvé des ophthalmies très-aiguës qui, mal soignées, reparaissaient à des intervalles peu éloignés et qui avaient fini par laisser sur les cornées des taies assez opaques, assez étendues pour gêner très-notablement la vision. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, yeux rouges, engorgés, d'une grande sensibilité; saignée à la malléole, sangsues à la vulve, décoction de gramen nitrée; bols purgatifs de calomélas tous les cinq à six jours, pédiluves sinapisés par jours alternatifs. L'ophthalmie étant à son déclin, les vaisseaux engorgés l'étant plutôt par l'effet d'une dilatation variqueuse que par la persistance de la phlegmasie; distillation de gouttes de laudanum entre les paupières matin et soir, application d'une petite compresse oculaire et d'un plumaseau de charpie imbibé de cette liqueur. Dix ou douze jours après l'usage de ce topique, il n'y avait plus de rougeur ni aucun reste de la sensibilité maladive de l'organe. Les taches paraissant aussi moins denses, le laudanum fut alors continué plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et pendant encore fort long-temps, en instillation sur les cornées : les taies diminuèrent progressivement et se réduisirent enfin à des nuages presque insensibles et qui ne nuisent pas à l'acte de la vision. Il y a plusieurs années que cette fille, que j'ai eu occasion de revoir quelquefois, n'a plus eu d'ophthalmies, malgré un travail très-fatigant. Elle est bien réglée.

Il suffit de citer ce fait pour donner une idée des autres. Dans l'hospice des orphelins nous avons beaucoup d'enfans qui, à la suite de ces ophthalmies scrophuleuses, de ces abcès dans les lames de la cornée, affections d'une marche lente et qui entraînent la formation de taies plus ou moins opaques, ont eu les cornées couvertes de taches considérables. Nous les avons dissipées totalement ou en partie par l'emploi du topique ci-dessus mentionné, et sa combinaison avec les ferrugineux, avec les dérivatifs portés sur le tube intestinal.

OBSERVATIONS

SUR LA STATISTIQUE MÉDICALE EN GÉNÉRAL;

Esquisse d'une statistique médicale de la ville d'Orviette; réflexions pratiques sur la nature des fièvres;

Par M. Pissori.

L'auteur établit l'utilité et les conditions fondamentales de la statistique, et passe à celle de la ville d'Orviette, où les fièvres de tous les types sont fréquentes en été et en automne. Bien qu'il reconnaisse la fréquence de l'irritation gastrique, il traite avec succès la plupart des fièvres par les purgatifs, dans le but d'éliminer les matières irritantes, causes premières de l'irritation et de l'état fébrile qui en est la conséquence. Ce

n'est que lorsque les évacuations n'ont pas réussi qu'il a recours au quinquina, auquel même il associe souvent les purgatifs. Abordant ensuite la théorie de l'intermittence, il prend pour type l'appareil symptomatique suscité par le travail digestif, et arrive à démontrer que la cause de la fièvre intermittente est un agent irritant et permanent, siégeant dans le tube digestif, et contre lequel conspirent les organes dont la réaction en étouffe momentanément l'effet, jusqu'à ce que cet agent ait repris une vigueur nouvelle, et suscite de nouveaux troubles qui se réveillent ainsi à des époques régulières et plus ou moins éloignées, suivant l'activité de la cause perturbatrice, tant que celle-ci n'est pas détruite par les forces de la nature ou par les procédés de l'art. Explication spécieuse, qui ne nous apprend pas quelle est la nature de cet agent perturbateur, ni celle des troubles qu'il occasionne.

RÉPONSE AUX CINQ QUESTIONS

PROPOSÉES EN 1820 PAR LE GOUVERNEMENT, AU SUJET DE LA PELLAGRE;

Par le professeur Chiappa.

La pellagre, cette lèpre de la Lombardie, est une inflammation spéciale, qu'on pourrait appeler *pellagreuse*, qui débute par le canal digestif, attaquant d'abord les gencives et la gorge, puis se manifestant à la peau, spécialement sur les parties exposées au soleil, puis affecte les muscles et le système nerveux, pénétrant la moelle épinière et le cerveau, d'où naissent le délire et la manie; affectant une sorte d'intermittence, elle fait trève dans l'hiver pour renaître au printemps. Les nouvelles accouchées, les nourrices, les convalescens, en un mot, les sujets débilités y sont prédisposés. Cette définition du professeur Chiappa donne la clef de ses réponses : 1° *La pellagre a-t-elle été plus fréquente cette année que les précédentes ?* non, elle a au contraire diminué de moitié depuis deux ans. 2° *Quelles sont les causes de cet état de choses ?* l'abondance des récoltes. 3° *Quels sont les lieux et les temps où se manifeste la pellagre ?* Née dans le Milanais, vers le milieu du dernier siècle, elle s'est successivement étendue et règne aujourd'hui en Lombardie et dans beaucoup de provinces des états vénitiens. Elle ne se règle pas sur l'état des lieux, mais sur la situation économique des populations, des familles, des individus; l'exposition des lieux n'a qu'une influence secondaire; mais la misère, le défaut de nourriture, l'excès du travail, voilà les causes efficientes. 4° *Quels sont les moyens usités jusqu'ici pour faire cesser la maladie, ou en atténuer les effets ?* les essais n'ont procuré que peu de ressources pharmaceutiques; on n'a point trouvé de spécifiques. Une nourriture substantielle est encore le meilleur moyen préventif et palliatif Quant aux accidens, qui sont la plupart de nature inflammatoire, on leur oppose les moyens usités dans toute autre phlegmasie. Voilà pour les individus; mais pour les masses, c'est aux gouvernemens qu'il appartient de pourvoir à leur salut par de sages lois et des institutions philanthropiques; telle est la réponse à la question cinquième : *Quels sont les meilleurs moyens d'extirper ou de modérer les ravages de cette maladie :* 1° instituer des commissions médicales dans toute l'étendue du royaume de Lombardie; 2° prescrire aux médecins de signaler les individus atteints de pellagre; 3° envoyer ces malades dans un hôpital, ou les pourvoir des choses nécessaires; 4° proposer un prix pour le meilleur ouvrage sur la pellagre; 5° publier et répandre un traité d'hygiène à la portée du peuple; 6° établir des bains publics; 7° prohiber les mariages entre les individus affectés de pellagre; 8° surveiller la confection du pain; 9° favoriser la culture des céréales; 10° encourager la culture de la vigne; 11° améliorer l'état du pauvre; 12° surveiller l'architecture rurale; 13° fonder un asile pour les pellagreux; 14° abaisser le prix des denrées; 15° exempter les pauvres de la taxe, etc. Voilà des leçons qui peuvent s'appliquer à d'autres maladies que la pellagre, et à d'autres gouvernemens que celui de Lombardie.

RAPPORT

SUR LES VACCINATIONS ET REVACCINATIONS

Faites pendant une épidémie de variole,

Par F. S. Festler.

L'auteur conclut d'observations et d'expériences nombreuses, que tous les individus vaccinés ne sont pas exempts d'infection variolique, pas plus que d'inoculation vaccinale, d'où il infère que le vaccin n'a pas suffi pour neutraliser la susceptibilité à l'infection, ou que la puissance du vaccin s'affaiblit par le temps. Cette susceptibilité existe du reste pour la variole elle-même, qu'on a vue se montrer plusieurs fois chez le même individu, exception qui n'infirme pas la règle générale.

La variole peut offrir trois degrés différens, ce qui paraît devoir tenir, non pas à la nature, mais bien à l'intensité du contagium, car chacun de ces degrés peut communiquer les autres; d'où l'auteur conclut la nécessité d'isoler tous les varioleux, quelle que soit la forme de l'éruption.

Il pense que la vaccine renouvelée pourra fournir un moyen certain de préserver de la contagion varioleuse.

DE L'AVANTAGE DES VOYAGES

POUR LES MÉDECINS,

Discours du professeur Spéranza, de Parme.

L'éloquent professeur fait ressortir l'utilité des voyages pour toutes les classes d'artistes, particulièrement pour les médecins. Il cite dans l'antiquité Hippocrate, Galien, Pline; postérieurement, Prosper Alpin, Bontius, Pison, Kœmpfer. Il loue les gouvernemens d'envoyer à leurs frais des savans moissonner les richesses étrangères au sol national. Il trace les règles de l'emploi du temps, fait l'énumération des ressources que puise

l'esprit dans les voyages, et fait ressortir le lustre qui en rejaillit sur l'homme lui-même; mais en revanche, il analyse la propension de la plupart des voyageurs à l'exagération et même au mensonge. Il se plaint amèrement des rapports infidèles ou passionnés des voyageurs français à l'égard des savans et des établissemens de l'Italie, et retrace les conditions morales et scientifiques qui peuvent mettre à l'abri des faux jugemens. Il termine enfin par une brillante et pathétique allocution aux jeunes Hellènes qui sont venus puiser en Italie les lumières que l'Italie elle-même emprunta jadis à la Grèce.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

CONDITION PATHOLOGIQUE DES FIÈVRES INTERMITTENTES

A l'appui des propriétés antipériodiques des astringens;

Par F. S. Festler.

Sans médire de nos voisins, dont nous nous plaisons à reconnaître l'érudition et l'esprit investigateur, qu'il nous soit permis de signaler leur tendance à substituer le raisonnement aux faits, et en général leur facilité à se payer de mots. Le D. Festler a sans contredit rendu service à l'humanité, en constatant, en faveur du pauvre, l'efficacité du seigle ergoté contre la fièvre intermittente; dans le mémoire actuel, il cherche à baser l'efficacité des astringens sur ce qu'il appelle la *condition pathologique* de la fièvre, et pour ce, il commence par élaguer le type intermittent, *comme une condition accidentelle qui dépend des vicissitudes cosmiques de certaines saisons. A cela près*, la fièvre intermittente ne diffère pas de la fièvre continue. Or, la condition pathologique *essentielle* consiste dans une *exaltation fugace* du système sanguin, et, dans une *angioidésie des capillaires des viscères du centre*, qui sympathisent avec la peau. Ainsi la fièvre périodique légitime est une *affection phlogistique* qui dépend plus du *mouvemen hydraulique* que du *mouvement dynamico-hydraulique*, qui constitue l'inflammation proprement dite, selon les expressions du professeur Goldoni.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la subtilité de ses raisonnemens. On en sait assez pour apercevoir déjà qu'il est tout simple que les astringens guérissent une maladie qui consiste dans une fluxion hydraulique, fluxion que doit entraver nécessairement l'astriction des vaisseaux. L'auteur, néanmoins, passe en revue les méthodes *laxative, stimulante, dérivative, mixte;* enfin arrivent les astringens : l'*alun*, déjà réputé comme antipériodique, et que l'auteur administre à la dose de deux à trois grains par heure, jusqu'à la concurrence de deux scrupules à une drachme; dans les cas favorables, la guérison a lieu au deuxième ou troisième accès. Le *sulfate de fer* ou de *zinc* : le premier réussit dans les mêmes circonstances, à la dose de deux grains par heure, jusqu'à trente, dans l'intervalle des accès. Le sulfate de zinc se donne à la dose d'un demi-grain par heure, jusqu'à huit grains dans la journée : il exige de la prudence.

On conçoit qu'en prenant cette théorie à la rigueur, le quinquina se trouverait dépossédé de ses propriétés spécifiques, dont s'empareraient tous les astringens : malheureusement la thérapeutique n'est pas si riche, et dans les cas graves, le quinquina n'en restera pas moins l'ancre de salut.

SIMPLIFICATION.

DU PROCÉDÉ POUR LA LIGATURE DES ARTÈRES;

Par J. B. Brugnon.

L'auteur disserte longuement sur la ligature et les effets et les accidens qui peuvent en résulter. Son procédé consiste à faire usage d'un cordonnet de fil de chanvre modérément tordu, qu'on fait bouillir dans l'eau de savon, puis dans l'eau pure pour le rendre flexible; de plus, on le bat légèrement avec un petit maillet de bois pour l'aplatir. La ligature se fait du reste comme toutes les autres, si ce n'est qu'on ne fait qu'un nœud simple, lequel se gonfle dans la plaie et ne se desserre jamais. Il serait d'ailleurs facile à serrer de nouveau. Depuis trente ans que M. Brugnon fait usage de ce moyen, il n'en a jamais vu résulter d'inconvéniens. Il convient de l'enlever lorsque l'oblitération est opérée, ce qu'on reconnaît à ce qu'en soulevant la ligature, elle n'éprouve pas les frémissemens que lui imprimerait le sang en venant la heurter. Alors on coupe l'un des chefs de la ligature le plus près possible du nœud, puis on introduit un stylet d'argent dont l'extrémité est recourbée, entre le nœud et l'artère, et le premier se dénoue facilement; on le retire avec précaution, au moyen du chef resté hors de la plaie. On évite ainsi l'ulcération de l'artère, les longues suppurations et les végétations de la plaie.

Cette espèce de ligature temporaire comporte moins d'inconvéniens que les autres, en ce qu'elle n'exige pas l'emploi d'instrumens particuliers qui gênent le malade ou menacent de léser l'artère, et qu'on peut la laver à l'époque où l'on veut, assurant ainsi l'oblitération du vaisseau et débarrassant la plaie du corps étranger qui s'oppose à sa parfaite réunion; reste à la soumettre à l'expérience, bien que les assertions de l'auteur nous paraissent très-dignes de foi.

RELATION

DE LA MALADIE ET DE LA MORT DE V. BRUNACCI,

Professeur de mathématiques à Pavie;

Par Chiappa.

Ce personnage, fortement constitué, était âgé de cinquante ans. Trois ans avant sa mort, il avait commencé à éprouver des douleurs passagères dans la région lombaire, douleurs qui, successivement prises

pour rhumatismales, vénériennes, nerveuses, etc., furent traitées comme telles, mais sans succès; l'opium seul procurait un soulagement passager. Ces douleurs s'étendirent au diaphragme, se compliquèrent de spasmes, de lypothymies; enfin le malade succomba sans qu'on eût pu déterminer la nature du mal. L'autopsie révéla un anévrisme de l'aorte, s'étendant d'un point supérieur aux piliers du diaphragme jusque près de la bifurcation inférieure. L'abdomen contenait environ douze livres de sang provenant de la rupture de la tumeur anévrysmale. Plusieurs vertèbres étaient érodées.

De l'absence des signes rationnels et locaux propres à l'anévrysme, l'auteur conclut l'impossibilité de reconnaître celui-là, et se demande sagement si les lumières eussent eu des résultats plus avantageux que l'ignorance; d'autant mieux que les débilitans indiqués contre l'anévrysme empiraient la situation du malade.

OBSERVATIONS

SUR LA FIÈVRE PÉTÉCHIALE;

Par J. Beccaria.

Sur quatre-vingt-quinze typhus observés dans l'hôpital de Milan, quarante-sept furent guéris, sept furent suivis de mort; quarante-et-un restaient en traitement lorsque l'auteur cessa de les suivre. Des sept individus qui succombèrent, trois étaient entrés agonisans, un était en proie à l'éthisie résultant d'une carie de la jambe; ce qui porte la mortalité réelle à six sur cent, ce qui prouve, dit l'auteur, l'efficacité de sa méthode curative. Il fait ensuite le tableau rapide des symptômes observés et l'histoire abrégée des malades les plus intéressans, parmi lesquels nous mentionnerons une fille de vingt-quatre ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une paralysie, suite de terreur, et qui fut guérie par le typhus; un vieillard qui fut de même débarrassé d'un catarrhe chronique, et un homme de trente ans chez lequel le typhus dissipa également les symptômes d'une phthisie pulmonaire. Dans ces trois cas, on n'employa que le traitement antiphlogistique. Le D. Beccaria renonce avec raison à expliquer ces guérisons merveilleuses.

Dans quatre cas seulement l'auteur se crut obligé de pratiquer la saignée répétée, à cause d'une complication de phlegmasie pulmonaire, dans tous les autres, il s'abstint de tirer du sang, malgré les apparences inflammatoires, dans la crainte de déterminer le passage à la forme putride. Il appliquait alors des vésicatoires. Les complications de phlegmasie viscérale étaient donc combattues par des saignées modérées, au moyen de la lancette ou des sangsues. Les applications de glace sur la tête réussissaient à calmer le délire, après quoi l'on appliquait des vésicatoires camphrés; mais si le délire était accompagné de signes de congestion cérébrale, on avait recours aux sangsues derrière les oreilles, ou aux ventouses scarifiées à la nuque. M. Beccaria ne paraît pas avoir eu à se louer de l'usage des chlorures, qui par fois ont réveillé des irritations abdominales ou thoraciques; il n'en est pas de même des lotions générales d'eau tiède aiguisée de vinaigre, qui provoquaient les sueurs et prévenaient la *corruption humorale*. Les lotions froides déterminaient des complications catarrhales. A l'état vermineux on opposait les purgatifs; dans les cas simples on usait de moyens très-variés: laxatifs, tempérans, sudorifiques, diurétiques, calomel, émétique, esprit de Mindérérus, etc. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'énumération de tous ses moyens; il nous suffira de dire que sa *méthode curative* consiste à s'accommoder à toutes les variétés que peut offrir la maladie, à faire en un mot la médecine du symptôme; méthode qui varie suivant les individualités morbides, et ne peut guère être formulée en préceptes généraux.

HISTOIRE

D'un abcès enkysté du cerveau;

Par L. Scalvanti.

Un soldat, de forte constitution, sujet aux épistaxis, entre à l'hôpital de Sainte-Claire, à Pavie, présentant un engorgement parotidien du côté gauche, avec fièvre et tendance au sommeil. Ces symptômes diminuent par un traitement approprié; il ne reste qu'une douleur dans l'oreille avec tintement; mais ces accidens augmentent bientôt, accompagnés de douleurs de tête et d'un gonflement progressif des tégumens extérieurs des contours de l'oreille. Après des alternatives de mieux et de pire, la céphalalgie devient pulsative, la surdité se manifeste, le malade devient taciturne, la physionomie présente un caractère de stupidité; les idées, sans se troubler, sont moins lucides; l'appétit se maintient. Après avoir employé les traitemens les plus variés, le malade meurt à la suite d'un acte d'intempérance. A l'autopsie, l'on rencontre une collection de pus sous le muscle crotaphyte, et une perforation de la partie écailleuse du temporal, située au-dessus du conduit auditif, dont elle offre le diamètre. Vis-à-vis la perforation de l'os, les méninges, fortement injectées, sont elles-mêmes percées. Dans la partie inférieure et externe du lobule moyen du cerveau, à gauche, on rencontre un abcès enkysté, du volume d'un œuf de poule, kyste qui présente un pertuis qui communique par une espèce d'infundibulum avec les ouvertures des méninges et du crâne. Il est fâcheux que l'observateur, faute d'instrumens convenables, n'ait pu faire l'examen des parties internes de l'oreille.

L'auteur se livre à des réflexions sur cette observation, dont la circonstance la plus intéressante est sans contredit cette perforation de l'os temporal. Quant à la persistance des fonctions intellectuelles et motrices, c'est un cas assez fréquent et qui constitue un des plus forts argumens contre la localisation des facultés cérébrales.

JOURNAL
UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE
DE
MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PRATIQUES
ET DES
INSTITUTIONS MÉDICALES;

PAR MM. BÉGIN, BOISSEAU, BOUILLAUD, A. DEVERGIE, HERVEZ DE CHÉGOIN, JOLLY, MÉLIER, REGNAULT, ROCHE, SANSON.

(JUILLET 1833.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(*Clinique de M. le Professeur Bouillaud.*)

—

RÉSUMÉ

DES CAS DE PNEUMONIES OBSERVÉS DANS CE SERVICE;

Par M. le docteur JULES PELLETAN.

Première série.

A entendre déclamer certains adeptes d'une secte soi-disant *hippocratique*, qui, tout enthousiaste des faits et gestes des anciens, semble vouloir réduire à rien les travaux immenses des modernes, et qui n'osant pas les attaquer de front, leur porte par derrière de jésuitiques coups, il semblerait que les faits en médecine sont d'une mince valeur, que les observations bien recueillies, réunies en faisceaux, et riches d'inductions pathologiques, ne sont que des histoires, où telle affection locale a été bien palpée, bien mesurée, bien limitée, à deux ou trois pouces, et qu'on doit en tenir peu de compte, par cela seul que la réaction générale n'a pas été regardée comme point de départ, ou comme phénomène essentiel de l'état morbide. Se tenant renfermés dans ce grand mot, et quelques-autres de même force, ils font retentir certains journaux, certains amphithéâtres, de railleries d'assez mauvais goût sur ceux qu'ils nomment des colligeurs d'observations, tout au plus bons, selon eux, à jouer le rôle de manœuvres dans la construction de l'édifice médical, dont eux, sublimes architectes, doivent poser le couronnement.

Quant à nous, nous envisageons la science sous un tout autre aspect; nous pensons que les faits réunis, médités, raisonnés, sont toute la médecine, que c'est là seulement que tout bon esprit doit puiser ses convictions, ses croyances.

Après ces réflexions, qui justifient certaines circonstances présentes, j'ai besoin d'entrer dans quelques considérations, qu'on doit avoir présentes à l'esprit lorsqu'on s'occupe de tout travail de ce genre.

Il est évident qu'en admettant les chiffres, ou pour mieux dire une espèce de statistique dans l'observation des maladies, on a l'intention d'obtenir des résultats positifs, d'où l'on pourra tirer quelques lois générales sur les causes, les symptômes et le traitement des maladies.

Il peut cependant survenir certaines circonstances, qui modifient ou changent même tout-à-fait les élémens de ces revues, et mènent à des résultats différens de ceux que l'on devrait obtenir. Ainsi, lorsqu'on ne tient pas compte de l'état d'anémie, dans lequel les malades arrivent à l'hôpital, du degré de l'affection, qui parfois est au-dessus des ressources de l'art, de la résistance au traitement qu'opposent souvent les malades, des autres maladies dont ils sont déjà porteurs, etc., on ne pourra jamais obtenir aucune base, aucune donnée fixe. Il peut se faire, par exemple, que dans tel service, dans lequel on n'aura reçu que des malades légèrement affectés, le traitement le plus simple et, supposons-le un moment, le moins rationnel, très-souvent réussira, tandis que dans telle autre salle, où aura été admis un plus ou moins grand nombre de maladies très-graves, et même désespérées, on aura des pertes plus nombreuses, une mortalité apparente plus grande, lors même que le traitement aurait été plus raisonné, plus sanctionné par l'expérience, plus avantageux, en un mot. D'un autre côté, jugera-t-on une

méthode lorsqu'elle n'aura pas réussi sur des malades qui se seront en partie refusés à s'y soumettre, ou chez lesquels, pour une cause ou pour une autre, elle n'aura pu être suffisamment employée.

Ainsi donc, il y a toujours deux parts bien distinctes à faire dans un travail de ce genre, celle des malades en état possible de guérison et chez lesquels le traitement aura pu être réellement employé, et d'autre part celle des individus, ou mourans, ou tellement indociles qu'ils se refusent à toute médication.

Or, toute véritable statistique qui doit avoir pour but de juger un traitement, doit être basée sur la première classe, et quand cette distinction aura été faite par un esprit consciencieux et véridique, on aura une donnée certaine, d'où l'on pourra déduire quelque chose de positif et de précis. La seconde classe doit certainement figurer aussi dans ces comptes-rendus; mais pour servir de base à des considérations d'un autre ordre et compléter la revue générale du service.

Je m'occuperai dans cet article des cas de pneumonies qui sont entrés dans le service de M. Bouillaud, depuis le 2 avril, jour de l'ouverture des leçons de clinique, jusqu'au 25 mai. Dans un article suivant, je présenterai une seconde série.

Dans ces cinquante-six jours, vingt et un pneumoniques ont été traités dans les salles Saint-Jean-de-Dieu et Sainte-Madeleine. Sur ce nombre, il y eut dix-neuf hommes et seulement deux femmes.

Dans onze cas, la pneumonie avait lieu à droite, dans huit cas, à gauche, et chez deux malades elle était double. Sous le rapport du lieu qu'occupait l'inflammation dans le poumon, j'ai observé que chez huit sujets, elle existait à sa base, chez cinq le sommet du poumon était entrepris, chez un seul ces deux points étaient enflammés à la fois, et chez sept l'inflammation avait envahi la totalité d'un de ces organes.

Sous le rapport de l'âge, nous avons remarqué que les jeunes sujets étaient de beaucoup plus nombreux : ainsi, douze étaient âgés de dix-huit à vingt-neuf ans; trois de trente à quarante ans; trois de quarante à cinquante, et trois de cinquante à soixante-deux.

Ces pneumoniques sont venus réclamer les secours de l'art à différentes époques de leur maladie, et ce point de vue est utile à considérer, comme un des élémens les plus importans du pronostic.

Ainsi donc, après les investigations les plus exactes, nous sommes arrivés à ce résultat : deux ont été attaqués de la pneumonie étant déjà dans la clinique pour une autre maladie; cinq sont entrés le second jour de l'invasion; quatre le troisième; un le quatrième; quatre le cinquième; un le sixième; un le septième; un le onzième, et deux le quinzième.

Chez dix-sept malades, la pneumonie a été accompagnée d'un point ou douleur de côté bien marquée, augmentant par les efforts de la toux, les mouvemens respiratoires, et doit être regardée comme une véritable pleuro-pneumonie. Quatre malades n'ont pas accusé ce symptôme.

Tous ont été unanimes sur la cause qui avait développé chez eux l'inflammation pulmonaire; tous nous ont avoué qu'à la suite d'une imprudence, d'une débauche, ou d'un simple défaut d'attention, ils avaient été saisis par le froid; ou qu'une transpiration avait été arrêtée, et qu'après cet accident, à un intervalle plus ou moins éloigné, mais qui ne dépassait pas vingt-quatre heures, ils avaient été pris de frissons, puis de chaleur fébrile, suivie ou non de sueurs, de céphalalgie, de lassitudes, de brisement dans les membres, et, comme je l'ai déjà dit, de point de côté, dans le plus grand nombre des cas. Quelque temps après, ils avaient commencé à tousser, et disaient avoir expectoré des crachats plus ou moins épais et jaunâtres. Enfin, ils arrivaient à l'hôpital sans avoir, la plupart, subi aucun traitement : ainsi, d'après mon relevé, je trouve que treize n'avaient rien fait; si ce n'est de se mettre à la diète et de boire de la tisane ou de l'eau pure. Deux seulement avaient été saignés; deux s'étaient fait appliquer quelques sangsues, l'un au côté, l'autre à l'anus; quatre enfin avaient suivi une méthode inverse; ils avaient eu l'imprudence de boire du bouillon et du vin chaud sucré, en quantité plus ou moins abondante.

Quoi qu'il en soit, soumis à notre examen, ils offrirent tous, à un haut degré d'intensité (à l'exception de deux cas moins graves, sur lesquels je reviendrai plus tard), les divers symptômes de la pneumonie confirmée. Ainsi, ils présentaient, comme premier symptôme, une accélération du pouls et des mouvemens respiratoires; le terme moyen des pulsations artérielles, examinées lors de l'entrée des malades, a été de 95 battemens par minute, et celui des mouvemens respiratoires de 35. Il ne faudrait pas croire néanmoins (et je le dis ici en passant) que ces deux symptômes eussent entre eux un rapport constant; il n'en est nullement ainsi : j'ai constaté, par exemple, un pouls de 116 battemens, accompagné de 28 inspirations, et un autre de 80, avec lequel on trouvait 35 à 40 mouvemens respiratoires.

A ces symptômes généraux, se joignaient tous ceux qui indiquent la pneumonie bien évidente; ainsi la *matité*, les crachats *visqueux et rouillés*, plus ou moins abondans, un râle *crépitant*, *fin*, quelquefois accompagné de râle muqueux ou sibilant, existant dans d'autres points du poumon. Enfin, le souffle, bronchique et le ralentissement de la voix, quelquefois tout-à fait franc, dans d'autres cas, imitant le bruit du mirliton et se rapprochant de la véritable œgophonie, ont existé avec une intensité variable, chez tous nos malades. J'insiste à dessein sur le détail des symptômes observés, symptômes bien rabattus, il est vrai; mais je le fais pour qu'il ne reste à personne aucune espèce de doute, non-seulement sur la nature des affections dont je parle, mais encore sur leur gravité.

Maintenant que la totalité des pneumoniques reçus dans le service, nous a servi à présenter les considérations qui précèdent, nous devons, pour celles qui doivent suivre, faire une distinction importante entre nos malades, pour offrir de vrais résultats sur l'efficacité du mode de traitement employé. Ainsi, trois d'entre eux doivent être séparés de notre chiffre commun, et ne compter que comme la contre-épreuve et la contre-partie des autres. Ils prouvent aussi en faveur du traitement, mais d'une manière négative. Un mot sur chacun d'eux précisera ma pensée, et la fera partager à l'esprit le plus difficultueux.

1° Un malade de vingt-cinq ans, sortant depuis deux jours de l'Hôtel-Dieu, où il était traité pour une diar-

rhée abondante, qui l'épuisait depuis long-temps, fut couché au n° 9 de la salle Saint-Jean. Son aspect terreux, sa maigreur squelettique, avaient quelque chose d'effrayant : il avait alors une vaste pleurésie à la base du poumon droit. Quelques jours après, une pneumonie se déclara au sommet de ce même poumon; l'état d'anémie et de dépérissement dans lequel il se trouvait, ne permit d'employer les émissions sanguines qu'avec une extrême précaution. (Un saignée de 2 palettes, 1 ventouse scarifiée, 6 sangsues.) Il y eut une légère amélioration à la suite de ce traitement, mais on ne put y revenir : et ayant fait, en outre, l'imprudence de se lever la nuit, et de se refroidir, il ne tarda pas à succomber, sans qu'il vint à l'idée de pouvoir détourner la catastrophe qui le menacait. Qui pourra imputer au traitement la perte de cet homme ? Il est, certes, plus rationnel d'admettre, et j'en ai l'intime conviction, que s'il eût été fort et robuste, même avec sa pleurésie concomitante, il aurait été guéri par les émissions sanguines. Dans l'état où il était, il est évident, et je le demande à M. Dalmas, qui l'a examiné pour en faire le sujet de sa leçon de concours, que cet homme était déjà perdu sans ressources, même avant que la pneumonie ne se déclarât. Ainsi donc nous ne devons pas le porter sur notre relevé de la mortalité des pneumoniques, traité à temps par d'assez abondantes saignées.

Un autre malade, dont je ne dirai que deux mots, parce que j'en ai donné l'histoire détaillée dans la *Lancette* du 2 mai dernier, ne doit pas non plus être compté comme n'ayant pu être sauvé par la méthode antiphlogistique, car il s'y est refusé. En effet, il avait une pneumonie double; après deux saignées, faites le même jour, il allait beaucoup mieux, lorsqu'il s'est obstinément opposé à se laisser saigner de nouveau : force fut donc d'employer un autre traitement récemment préconisé. Il mourut trois jours après son refus.

Le troisième malade, enfin, était une femme que nous vîmes le 16 avril pour la première et dernière fois; elle était affectée d'une inflammation de la totalité du poumon gauche, arrivée à son quinzième jour et passée au troisième degré; avec crachats abondans, couleur jus de pruneaux, avec matité et absence complète de respiration, dans tout un côté de la poitrine. Elle mourut dans la nuit, et, à l'ouverture du cadavre, on trouva un poumon entier envahi par une fonte purulente, qui avait fait disparaître toute trace d'organisation.

Il reste ainsi dix-huit malades sur lesquels on peut raisonnablement se fonder, pour établir des considérations sur l'efficacité du traitement auquel ils ont été soumis.

D'après ce que j'ai dit plus haut, par rapport aux lieux qu'occupait l'inflammation et aux symptômes indiqués, il est facile de voir que nous avons eu affaire à des cas graves : en effet, à part deux malades, dont l'un couché au n° 5 de la salle Saint-Jean, et déjà traité pour une affection organique du foie, fut soigné dès le début de la pneumonie; et l'autre, dont l'affection était réellement légère, et qui s'était fait soigner chez lui dès l'apparition des premiers symptômes, tous les autres cas étaient manifestement graves, et compromettaient l'existence des malades.

Voyons maintenant quel traitement a été employé chez ces dix-huit individus. Un seul a été traité par l'oxide blanc d'antimoine, c'est ce cas assez léger dont je viens de parler, et qui, je crois, aurait pu guérir par tous les traitemens, et peut-être même sans traitement. Nous avons noté, à propos de ce malade, que son pouls qui, lors de son entrée, était à 88 pulsations, tomba graduellement à 76, puis à 70, à 64, et enfin à 52, pendant l'administration de l'antimoine, et que ce ralentissement se maintint encore quelques jours après la cessation de ce médicament.

Les dix-sept autres malades furent traités par la méthode antiphlogistique : mot vague à présent dans la science, mot qu'il est utile de paraphraser, arme mortelle ou instrument de vie, suivant la main qui la manie. Certes, lorsqu'on écrit dans certaines pages, lorsqu'on répète dans certaines leçons : telle maladie doit être traitée par la méthode antiphlogistique, on n'émet qu'une idée banale, vide et creuse, qui ne laisse dans la tête de celui qui l'écoute, rien de précis, rien de fixe, rien à quoi il puisse se rattacher, lorsqu'il est au lit du malade et en présence de l'ennemi qu'il faut combattre.

Entrons donc dans quelques détails qui feront connaître comment M. le professeur Bouillaud entend la méthode antiphlogistique, comment il la formule contre les inflammations aiguës des poumons.

Sur les dix-sept malades qui forment le texte de cette dernière partie de mon travail, douze ont été saignés à l'instant de leur entrée, avant que le professeur ne les vît, par les soins éclairés du chef de clinique ; il en est même trois chez lesquels on appliqua concurremment des sangsues. A la visite du lendemain, lorsqu'ils étaient d'une constitution robuste et qu'ils avaient encore le pouls fort et fréquent, on débutait ordinairement par deux saignées, l'une de quatre palettes, faite sur-le-champ, l'autre moins forte, pratiquée le soir ; et dans l'intervalle, trente à quarante sangsues étaient appliquées sur la région de la poitrine où la douleur existait, et vers laquelle les râles et autres bruits pleuro-pneumoniques se faisaient entendre ; lorsqu'on voulait agir avec encore plus d'énergie, on préférait l'application de deux ventouses scarifiées (1). Mais, soit qu'on employât l'un ou l'autre de ces moyens, sept malades, sur dix-sept, ont eu, à la première visite, cette prescription. Chez les dix autres, on n'a employé qu'une saignée accompagnée de sangsues, et le plus souvent de deux ventouses. Il serait fastidieux de suivre ainsi chez tous le traitement de chaque jour cette manière de procéder exposerait à des répétitions et à une obscurité qu'il faut éviter. En définitive, les saignées générales ont été souvent appliquées trois à quatre jours de suite ; dans d'autres cas, on mettait un intervalle d'un jour, et il est rarement arrivé que lorsqu'on les avait cessées, on ait été obligé de les reprendre.

Les applications de sangsues, les ventouses, tantôt réunies, tantôt séparées, accompagnaient constamment, dans les premiers jours, les émissions sanguines générales, et se continuaient tant que les symptômes

(1) M. Lecouteulx, aide de clinique, les applique avec une grande adresse, et leur donne ainsi une efficacité qu'elles ont rarement ailleurs.

offraient de la gravité. Elles étaient employées seules dans les cas où le malade, quoiqu'en danger, aurait été trop affaibli par les saignées, et dans ceux où il ne restait plus que des phénomènes locaux d'une importance secondaire.

Dans dix cas, les vésicatoires ont été employés vers la fin de la pneumonie, lorsque tout phénomène fébrile avait disparu, et qu'il restait encore, soit une douleur plus ou moins vive, soit un peu de souffle ou de retentissement, soit une respiration rude, etc., et nous n'avons jamais remarqué qu'ils donnassent lieu à la récrudescence des symptômes inflammatoires, soit locaux, soit généraux. On a aussi employé avec avantage, dans quelques cas, vers l'extrême fin des pneumonies, des cataplasmes arrosés de trente à quarante gouttes d'huile de croton, qui déterminaient une forte éruption pustuleuse, et jamais il n'ont occasioné de fièvre ni de surexcitation nuisible à la résolution de la maladie du poumon.

Enfin, pour terminer ce qui a rapport au traitement, et donner, autant qu'il est en moi, une idée exacte de celui qui a été suivi chez ces dix-sept malades. Je crois devoir en présenter un tableau abrégé et synoptique, dont la lecture, un peu aride sans doute, ne sera pas, je pense, tout-à-fait sans utilité.

HOMMES.

Salle St-Jean.	Saignées.	Ventouses scarif.	Sangsues.	Vésicat.	Durée du traitement. Jours.
Nos 1.	6.	1.	57.	1.	24.
2.	2.	»	30.	1.	5.
5.	1.	»	30.	».	11.
6.	4.	2.	34.	1.	11.
9.	4.	2.	52.	».	14.
10.	6.	2.	25.	1.	11.
13.	6.	1.	57.	1.	12.
13.	4.	4.	55.	1.	12.
16.	4.	2.	61.	1.	23.
16.	5.	»	87.	»	»
21.	6.	2.	50.	1. 1 catap. croton.	18.
23.	3.	2.	30.	1.	8.
24.	2.	2.	6.	»	6.
25.	5.	2.	50.	» 1 catap. croton.	8.
25.	4.	6.	20.	1.	8.
26.	2.	4.	»	»	8.

FEMMES.

Salle Ste-Madgel.					
No 4.	3.	4.	47.	18.	13.

Ce qui donne pour terme moyen du traitement : Pour chaque péripneumonique : 4 saignées, 2 ventouses scarifiées, 40 sangsues, 1 vésicatoire, onze fois sur dix-sept, et sous le point de vue de la durée du traitement, dix jours.

Sur ces dix-sept malades, un seul succomba ; c'est celui qui est porté sur le tableau précédent, comme ayant eu vingt-trois jours de traitement. Ainsi, sans vouloir compter le malade guéri par l'antimoine, et en nous bornant à ceux chez lequels le traitement des émissions sanguines, *à hautes doses*, pour ainsi dire, a été employé, on a un chiffre imposant en faveur de l'efficacité de cette méthode.

On signale comme inconvénient de ce traitement, l'extrême épuisement dans lequel on laisse les malades, et de là les convalescences interminables qui en résultent. Il n'en est rien ; ceux qui articulent de semblables reproches jugent *à priori*, se laissent aller à une idée préconçue et n'ont pas observé. Il est un fait évident pour tous ceux qui ont suivi avec soin, et sur une assez grande échelle, les effets de cette méthode, c'est que les malades qui y sont soumis la supportent très-facilement, et que quelques jours suffisent pour qu'ils reviennent à leur état de force normale.

Il me serait facile de présenter encore ici des chiffres; mais comme je craindrais de m'étendre encore davantage, il me suffira de dire que le terme moyen des convalescences bien entières a été de sept à huit jours.

Maintenant, si l'on compare ce chiffre de seize guérisons sur dix-sept cas, avec le total des péripneumoniques que M. le professeur Bouillaud a traités par cette méthode, à la Charité et à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôpital Saint-Louis et à la clinique de la Pitié, on trouvera un résultat analogue ; si ce n'est supérieur. Ainsi, dans ces différens services, trente-huit péripneumoniques ont été soumis à cette médication, et deux seulement ont succombé ; ce qui donne, dans ce dernier cas, un mort sur dix-neuf malades.

En rapprochant ces données des statistiques publiés par différens praticiens sur le même sujet, on trouve des différences notables. Ainsi, dans le mémoire qu'a inséré M. Louis, dans les *Archives générales de Médecine*, cet habile observateur a établi ses calculs sur cent et trente-sept péripneumoniques, et il a trouvé une mortalité de un sur trois. Dernièrement, dans un résumé de sa clinique, présenté dans la *Gazette des hôpitaux*, on trouve que, sur trente-sept malades, sept ont succombé, ce qui donne à peu près un sur cinq.

Enfin, dans une revue de seize péripneumoniques

traités par Laennec, revue que M. Lagarde a publiée il y a quelque temps, la mortalité a été encore plus grande, puisque, sur ce nombre, cinq ont succombé

Je suis arrivé au terme de ce travail. Je crois avoir franchement abordé la question, être descendu dans tous les détails qu'elle comporte, avoir été au-devant des objections qu'on pourrait lui faire. Il ne me reste qu'à prier ceux qui pourraient n'être pas convaincus, de venir observer comme nous les nombreux malades qui sont encore dans les salles de la Clinique, et qui doivent être compris dans la deuxième série, que je publierai lorsque les cas se seront assez multipliés pour qu'on puisse en obtenir des résultats évidens.

OBSERVATION

SUR UNE RESTAURATION DU NEZ,

Pratiquée par M. le professeur Dupuytren;

Par M. le docteur Marx.

Consulté une première fois, il y a cinq ou six ans, par les parens du jeune T. G., sur les moyens de remédier à une destruction profonde de la cloison et du bout du nez, destruction produite par un ulcère rongeant, non encore entièrement guéri, M. Dupuytren ne crut pas que le moment fût arrivé de corriger cette difformité; la cause du mal ne lui semblait pas encore épuisée, et le nez ne lui semblait pas avoir acquis un développement suffisant.

M. Dupuytren craignait, en agissant prématurément, ou que la cause du mal ne s'opposât au succès de l'opération, ou que cette opération, pratiquée avant que le nez eût acquis son entier développement, ne fût suivie d'une déformation consécutive, par l'accroissement inégal des parties rapportées et des parties restées dans leur situation naturelle. M. Dupuytren crut donc devoir donner le conseil de renvoyer à un temps plus reculé tout projet de restauration du nez, et il conseilla, en attendant un régime et des boissons dépuratives.

Ce parti fut adopté, et, pendant les années suivantes, la cause du mal parut s'épuiser : les progrès se bornèrent, les ulcérations se cicatrisèrent, le nez prit un développement convenable, toute la constitution de T. G. s'affermit.

A cette époque, impatient d'être débarrassé d'une difformité qui lui était devenue insupportable, T. G. quitta le séminaire de Châlons, où il était élevé, pour venir à Paris accompagné de M. B., son oncle.

La difformité consistait alors dans une destruction complète de la peau de la cloison, dans la destruction du cartilage de cette cloison à six ou huit lignes de hauteur, dans un renflement arrondi et mollasse du bout du nez. Les ailes du nez n'avaient été que légèrement affectées par l'ulcère rongeant, et elles n'offraient que de faibles traces de cicatrices; et pourtant l'ensemble de ces altérations avait donné lieu à une difformité qui était d'autant plus repoussante, que le malade relevait davantage la tête et la portait plus en arrière; la voix était altérée.

Telle était la difformité à laquelle M. Dupuytren avait à remédier.

Pendant qu'il méditait son plan d'opération, T. G. consulta le baron A. Dubois, qui déclara le mal au-dessus de toutes les ressources de l'art, et conseilla de s'abstenir de toute opération; celle-ci lui paraissait plus propre à augmenter le mal qu'à le diminuer. M. Roux, consulté à son tour, pensa, au contraire, que l'art pouvait venir utilement au secours de la nature, et, sans s'expliquer sur les moyens qu'il pourrait mettre en usage, il conseilla formellement la restauration du nez.

Placé entre ces avis opposés, T. G. vint se mettre aux mains de M. Dupuytren. Son plan d'opération était déjà formé : Il y avait, 1° une perte de substance à réparer, 2° une exubérance à retrancher; la perte de substance affectait la cloison, l'exubérance affectait le bout du nez. Il est, en général, facile de retrancher, mais il est plus difficile d'ajouter. Cette dernière circonstance avait surtout occupé M. Dupuytren. Il fallait faire un emprunt à quelque partie de la face, pour remplacer ce qui manquait à la cloison du nez.

Mais où prendre la partie de peau dont il avait besoin?

Le front est la partie sur laquelle ces sortes d'emprunts se font le plus fréquemment; mais le front est séparé de la partie qu'il fallait réparer, par toute la longueur du nez. Le lambeau passerait-il sur la peau du nez, ou y serait-il inséré? L'un et l'autre de ces modes parurent sujets à trop d'inconvéniens. La joue était plus voisine, il est vrai, mais il était à craindre que l'emprunt ne pût pas être assez bien déguisé pour qu'il n'existât pas une difformité, formée par une cicatrice en travers. M. Dupuytren avait remarqué que son jeune malade avait la lèvre supérieure très-épaisse et très-haute tout à la fois; que cette épaisseur et cette hauteur étaient portées au point d'ajouter beaucoup à la difformité du nez. M. Dupuytren résolut alors de corriger toutes ces difformités par une seule et même opération, en prenant sur la hauteur et sur la largeur de la lèvre supérieure, ce qu'il se proposait d'employer à reproduire la cloison; et, après avoir taillé sur la lèvre supérieure la pièce dont il avait besoin, d'emporter du bout du nez l'exubérance désagréable qui s'y trouvait, et d'insérer à la place l'extrémité du lambeau destiné à remplacer la partie inférieure de la cloison. D'ailleurs, M. Dupuytren se proposait de rapprocher, par une suture entortillée, les bords de la plaie faite à la lèvre supérieure, et de fixer par le même moyen, l'extrémité libre du lambeau au bout du nez. Voici comment l'opération fut pratiquée, le 15 avril 1828. (M. le docteur Caillard fils, et moi, aidâmes M. Dupuytren.)

Le malade assis sur une chaise, fut placé vis-à-vis une fenêtre, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine de M. Caillard : M. Dupuytren saisissant alors un bistouri droit à lame fort étroite, rafraîchit ce qui restait de la cloison, et enleva avec précaution le tissu cutané nouveau qui s'était formé à la partie interne de la pointe du nez. Ce premier temps de son opération étant achevé, il dessina, après exactes dimensions sur la lèvre supérieure, le lambeau qu'il voulait lui emprunter, le détacha avec soin à l'aide du bistouri, en

ayant soin de faire remonter l'incision du côté gauche plus que du côté droit, et ne conserva à la lèvre que la moitié de son épaisseur; ce lambeau fut retourné, en tordant son pédicule de droite à gauche, et M. Dupuytren le fixa à la pointe du nez, à l'aide de deux aiguilles à bec de lièvre et de fils de soie cirés; deux tampons de charpie enduits de cérat furent placés dans chaque narine, entre l'aile du nez et la cloison de nouvelle formation. Le tout fut maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives, dont le plein appliqué sur la cloison servait à la soutenir, et dont les extrémités allaient se fixer sur les joues, le front et les tempes.

Restait encore à faire disparaître la perte de substance causée à la lèvre supérieure; deux aiguilles et une suture entortillée en rapprochèrent les bords, de manière à ne laisser entre eux qu'un intervalle imperceptible.

Le malade fut mis au lit, la tête élevée par plusieurs oreillers; on lui recommanda le silence le plus absolu, des boissons adoucissantes; des bains de pied sinapisés furent prescrits. On ne permit que du bouillon pour toute nourriture.

A cette époque, M. Delpech vint à l'Hôtel-Dieu assister à une des leçons cliniques, faites avec tant d'assiduité et de succès par M. Dupuytren. Le professeur lui demanda son avis sur ce cas singulier, lui parla de l'opération qu'il avait déjà pratiquée comme d'un projet. A l'idée de faire un emprunt à la lèvre supérieure, M. Delpech soutint avec force, que pour faire cette opération, il fallait, sous peine d'échouer, faire un emprunt au front. M. Dupuytren mit fin à la discussion, en apprenant à M. Delpech que l'opération avait été pratiquée par un emprunt à la lèvre supérieure, qu'elle avait parfaitement réussi, et il l'invita à s'en assurer, en venant voir son jeune malade.

Le sixième jour (21 avril), M. Dupuytren enlève les bandelettes de diachylon, et retire les deux aiguilles de la lèvre supérieure. La plaie, réunie par première intention, offre une cicatrice linéaire.

Le neuvième jour (24 avril), on retire les aiguilles qui maintenaient la nouvelle cloison. Le surlendemain, les fils tombèrent d'eux-mêmes, le lambeau vivait; il était réuni à la cloison et à la pointe du nez.

J'ai voulu vérifier sur ce malade, s'il était vrai que les sensations que l'on excitait sur la partie nouvelle, se faisaient toujours ressentir à l'endroit où l'emprunt avait été fait, et je dois dire que jamais je n'ai pu obtenir ce résultat.

La vérité veut cependant que je dise, que l'angle de torsion formé à la base du pédicule, devenu la cloison nouvelle du nez, causait une saillie un peu désagréable au malade; saillie que M. Dupuytren ne voulut pas faire cesser par une opération, espérant qu'elle s'affaisserait et disparaîtrait par les progrès du temps, il l'avait déjà quelquefois observé.

Environ un an après, le malade revint à Paris, dans l'espérance que M. Dupuytren consentirait à faire la section du pédicule; mais M. Dupuytren trouva tellement affaissée la saillie formée par la torsion, qu'il se refusa une seconde fois à toute opération nouvelle, affirmant que sous un an ou deux, il n'en resterait plus de trace. En effet, la diminution de la saillie était telle, qu'il ne lui semblait pas possible, qu'après ce grand pas fait vers le retour aux formes naturelles, cette saillie ne disparût pas complètement. Cependant le malade, pour qui le désir et l'impatience grossissaient les inconvéniens, ayant eu l'occasion de consulter M. le docteur Gensoul, alors chirurgien en chef de l'hôpital de Lyon, celui-ci se rendit aux vœux de T. G., et à l'aide d'une opération, que je ne chercherai pas à analyser, dans la crainte de n'être pas compris, et que je rapporterai textuellement, il corrigea complètement cette saillie.

« J'enfonçai obliquement la pointe d'un bistouri très-aigu, à droite de la base du lambeau attaché à la lèvre, que je fendis dans presque toute son épaisseur et sa hauteur; à gauche, j'agis de la même manière; et les deux incisions obliques s'étant rencontrées par leur sommet dans l'épaisseur de la lèvre, le lambeau fut détaché. Il représentait à sa base la forme d'un coin. Je le soulevai, et comme, par ce moyen, j'avais réduit la plaie de la lèvre à une simple incision, par la perte de substance que je lui avais faite, je la réunis à l'aide d'une épingle et d'un long fil ciré. Le nez, qui était fortement tiré en bas, n'étant plus fixé, put se relever à la faveur de l'élasticité de son cartilage. Déjà M. G. était soulagé; mais il restait encore une cloison épaisse et qui eût été très-difforme, si je l'eusse abandonnée dans cet état. Pour l'amoindrir, et faire disparaître l'angle saillant qu'elle formait dans le point où je l'avais détachée, je fis deux incisions, d'une ligne et demie à deux lignes de profondeur, dans toute la hauteur et sur chaque côté du lambeau qui formait la cloison; j'enlevai, à l'aide d'une pince et du bistouri, la peau et les parties molles comprises entre ces deux incisions; et avec deux petites épingles, dites à dentelle, je traversai les lèvres de la division et les réunis avec un fil très-mince, que je serrai très-peu, dans la crainte d'éteindre la vitalité de la cloison artificielle.

« J'apportai la plus grande attention à visiter deux fois par jour le lambeau qui avait été suturé, dans le but d'enlever promptement les moyens contentifs, pour peu que je l'eusse trouvé ou froid, ou livide. Mais la réunion s'opéra sans aucun accident, et le cinquième jour je retirai les épingles. Je vis encore M. G. pendant une semaine, et la cicatrice paraissant solide, je lui permis de retourner à Châlons. »

OBSERVATION DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE,

Avec complication de gangrène sur diverses parties du corps, d'anasarque, etc.— Deux mois de maladie.— Guérison;

Par M. Papavoine,

Ex-interne des hôpitaux, D. M. à Villeneuve-le-Roi.

Mlle A** M**, âgée de neuf ans, née de parens doués d'un tempérament sanguin, a une intelligence ordinaire, les cheveux d'un beau blond, les yeux bleus, la peau blanche et fine, et depuis sa naissance a toujours brillé de l'éclat de la plus belle fraîcheur et de la plus heureuse santé. Vers le 25 octobre 1832, et sans

cause appréciable, elle devient triste, paraît abattue, perd l'appétit, se plaint de brisement dans les membres ; son regard est languissant, sa démarche peu sûre, son sommeil qui était habituellement agité par des rêves, dans lesquels elle parlait tout haut, l'est encore davantage. Les jours suivans, fièvre, délire qui augmente d'une nuit à l'autre, et qui n'existe que dans une état de somnolence dont on tire facilement la malade en lui adressant la parole (elle recouvre alors sa connaissance comme le ferait une personne qui sort d'un bon sommeil.). Le jour, point de fièvre, *pas la moindre douleur de tête.* Bientôt le délire et la fièvre arrivent à un tel degré de développement que l'officier de santé qui donnait ses soins à la malade, et qui jusque-là n'avait reconnu dans son affection commençante qu'une *fièvre inflammatoire, une fièvre de croissance, une maladie dont les symptômes étaient insidieux*, s'aperçut de la gravité du mal, et prescrivit des bains de pied sinapisés, et quatre sangsues aux apophyses mastoïdes. Le sang coule pendant 24 heures ; le pouls qui, avant l'émission sanguine, était plein, dur, tombe tout-à-coup, et le délire fait place au coma et à la résolution des membres. Il y avait vingt heures que la malade était en cet état, lorsque je fus appelé pour la voir. C'était le 5 novembre.

La face est très-pâle, les yeux sont fermés, les pupilles un peu dilatées sont sensibles à la lumière, point de cris, point d'agitation, somnolence continuelle et assez profonde que cependant l'on fait cesser en parlant haut, et plusieurs fois de suite, respiration haute, peu fréquente, pouls très-petit, très-mou, 120 pulsations, résolution complète des membres, perte de la connaissance, de la parole ; rien de notable du côté des organes digestifs et respiratoires. (*Cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, compresses refrigérantes sur la tête, eau gommée.*)

6. *Même état*, mais pouls plus petit que la veille, à peine sensible. (*Large vésicatoire à chaque mollet, 12 grains de calomel, 1 lavement laxatif, 1/2 lavement de décoction de quinquina, sinapismes promenés sur les membres inférieurs, même prescription du reste, bains.*)

7 et 8. Front brûlant malgré les refrigérans qu'on renouvelle toutes les dix minutes, augmentation du coma et de la dilatation des pupilles, yeux fixes, langue bonne, un peu de raideur dans la mâchoire, aucune sensation n'est perçue, seulement quand on touche le ventre, la malade par un instinct de pudeur qu'elle ne perdit que quelques jours plus tard, y porte aussitôt la main pour vous éloigner : de temps à autre, et comme par quintes, toux sèche, saccadée, cris plaintifs, respiration haute, suspirieuse, selles de jour à autre involontaires comme les urines. (*Séton à la nuque ;* la malade n'a pas paru sentir cette opération. *Bains avec affusions fraîches sur la tête, sinapismes, calomel, lavemens de quinquina.*)

9 et 10. Le pouls est moins misérable, la raideur augmente à gauche et à la mâchoire, elle s'annonce à droite et dans les muscles du dos, craquement des dens qui d'autres fois restent serrées, un peu de contracture dans les doigts, face moins pâle, exaspération fébrile, le soir 140 à 150 pulsations.

11. Le pouls a repris de la force, et de la plénitude, 150 pulsations au moins, tête fortement renversée en arrière, raideur tétanique du cou et du dos, cris continuels, soulèvemens brusques, fréquens et comme convulsifs de la poitrine, forte contracture des avant-bras sur les bras, nulle perception des sens. Les sinapismes ont produit de larges et fortes vésications aux malléoles et aux cuisses, les vésicatoires ont bon aspect, et donnent un pus abondant, le séton n'a rendu qu'une eau rousse, ses ouvertures ont une couleur blanc grisâtre. Les pansemens sont très-douloureux, tirent pendant quelques instans la malade de son état comateux ; elle ouvre les yeux, fait entendre de plus nombreuses plaintes, et dans cette circonstance on est parvenu deux à trois fois à lui faire tirer la langue. Selles vertes ; elles ont été telles chaque fois que nous avons employé le calomel. (*Deux ventouses scarifiées aux apophyses mastoïdes, cataplasmes chauds promenés sur les membres inférieurs, lavemens simples.*)

12. Les symptômes de la veille ont encore pris un nouvel accroissement. Les mouvemens spasmodiques de la poitrine, les cris plaintifs font peine à voir et à entendre, cependant il existe de temps à autres des instans de calme mais de peu de durée, légers soubresauts dans les tendons. (*3 sangsues aux apophyses mastoïdes, ventouses au même endroit, à la nuque et au dos, la suppuration ne s'établit pas encore au séton.*)

13. La légère évacuation sanguine prescrite la veille a de nouveau fait fléchir le pouls ; cependant cette fois, comme aux précédentes, elle a été suivie d'une amélioration légère et momentanée dans les symptômes. Un troisième médecin est appelé. (*Cautère sur le synciput, on excite les vésicatoires. Même prescription du reste.*)

14. Nuit mauvaise, pouls très-faible, 160 pulsations, raideur extrême du col, du dos, de la mâchoire, raideur moindre dans les membres inférieurs, pupilles très-dilatées, cris plus faibles, plus plaintifs, moins de sauts convulsifs de la poitrine. (*Ventouses sèches le long du rachis et à la nuque, friction avec un liniment camphré sur le même lieu.*)

15. Pouls à peine sensible, faiblesse extrême, état tétanique porté au plus haut degré, déglutition difficile. La malade semble ne plus avoir que quelques instans à vivre; le séton ne donne que très-peu d'un pus séreux, d'une odeur très-fétide, ses ouvertures sont grisâtres, n'offrent aucun bourgeon charnu ; les vésicatoires ainsi que les surfaces mises à nu par les sinapismes, donnent un pus séreux abondant, la surface des vésicatoires est un peu pâle, parsemée de taches violacées, et légèrement ulcérée çà et là : de petits abcès se forment sur la tête, à la nuque et au cou, les oreilles sont enflammées, la droite sur laquelle repose la malade depuis deux à trois jours, offre une tache d'un violet foncé, qui me paraît devoir être frappée de gangrène, la joue droite est un peu tuméfiée, légères escarres au sacrum. Chaque soir, la fièvre est beaucoup plus prononcée, sans qu'on puisse regarder cette exacerbation comme une intermittence. (*Sirop de quinquina pris par petites cuillerées, lavemens, lotions à l'oreille avec la décoction de quinquina, pansemens des vésicatoires avec le sulfate de quinine.*)

16, moins de cris, un peu moins de raideur dans les

muscles du cou, toujours la même dans les bras; pouls moins filiforme; l'haleine infecte de la malade, la tuméfaction de sa joue, me font penser à une gangrène de la bouche; l'examen des parties nous fit en effet, apercevoir que la gencive inférieure du côté droit en était frappée, dans l'espace d'un pouce environ. La gencive était convertie en un putrilage grisâtre, et avec le doigt on touchait l'os, qui était à nu; la gangrène a également frappé la tache violette, que la veille nous avions remarquée à l'oreille droite, ainsi que les ouvertures du séton, qui ont le plus vilain aspect. Selles jaunâtres, fétides; urines rares. (*On saupoudre la mèche du séton de poudre de quinquina, ainsi que les plumasseaux, dont on couvre ses ouvertures; compresses imbibées de décoction de quinquina sur les escarres du sacrum et à l'oreille; on touche la bouche avec le miel rosat uni à l'acide hydrochlorique; on commence à donner quelques cuillerées de bon bouillon.*)

Les pansemens sont extrêmement douloureux, surtout celui d'une vésication produite à la malléole interne droite par un sinapisme. Ces pansemens vont jusqu'à produire un tremblement convulsif des jambes et même de la mâchoire; du reste, ils ne manquent jamais de ranimer la malade pour quelques instans. C'est à l'époque de la maladie à laquelle nous arrivons, qu'à la suite des pansemens, nous remarquâmes une expression plus naturelle dans le regard, et que nous dûmes présager une heureuse terminaison de la maladie. D'ailleurs, à dater de l'invasion des symptômes de putridité indiqués plus haut, les symptômes nerveux perdirent de leur intensité d'un jour à l'autre : la raideur du cou et du dos, et les soubresauts de la poitrine se dissipèrent les premiers, plus la raideur de la mâchoire; les yeux devinrent moins fixes, commencèrent à suivre les objets qu'on passait devant eux. Plus tard, la malade montra très-bien sa langue; la contracture des bras céda ensuite. Vers le 22 novembre, elle prononça le nom de sa mère, elle reconnut, elle prononça d'abord, avec peine, quelques paroles; ses idées étaient confuses, mais elle s'éclaircirent rapidement, et, au 28 novembre, son intelligence était à peu près à son état naturel. De tout l'appareil des symptômes nerveux, la contracture des bras fut la dernière à disparaître entièrement.

Malgré la fièvre qui était encore vive, malgré les exacerbations du soir, qui durèrent encore une huitaine de jours, nous dûmes insister sur un traitement entièrement tonique, sur de bons consommés pris plusieurs fois par jour et en petite quantité; et sous l'influence de cette médication les symptômes nerveux disparurent, la fièvre baissa, les points gangréneux qui s'étaient établis sur diverses parties du corps cessèrent de s'étendre. Quand la maladie eut recouvré sa connaissance, le besoin d'alimens était tellement impérieux, que c'était là son idée unique; elle ne voulait être pansée, ni accepter de soins qu'au prix de ce qu'on lui donner à manger. Elle ne tarda pas à prendre des potages gras, à sucer de petits morceaux de viande, et même à manger un peu de croûte de pain.

Le 27 novembre, nous cessâmes l'administration du quinquina à l'intérieur, un peu de tension, de sensibilité du ventre, une constipation de plusieurs jours et de la difficulté nous indiquant de suspendre ce moyen. Le pied et la jambe gauche commencent à s'édématier. Le séton donne un pus d'assez bonne nature, mais il est encore pâle. Le cautère du synciput est en pleine suppuration, les vésicatoires de cuisses sont fermés, ceux des malléoles marchent à la guérison; les vésicatoires sont moins étendus, moins douloureux, l'inflammation ulcérative dont ils étaient frappés est moindre, le pus qu'ils fournissent est de meilleure nature. La stomatite gangréneuse est arrêtée; trois dents ont été déchaussées, l'une d'elles est tombée, les deux autres ne tarderont pas sans doute à le faire; le maxillaire inférieur est dénudé dans l'étendue d'un demi-pouce; la gangrène de l'oreille est également arrêtée; il en est résulté une ulcération qui a bon aspect et qui suppure. (*Calomel eau de lin, lavemens émolliens, cataplasmes sur le ventre; on continue les pansemens avec la poudre et la décoction de quinquina*).

Les jours suivans, selles verdâtre, abondante émission d'urine sédimenteuse. On ouvre plusieurs des petits abcès développés à la tête; ils renferment un pus jaunâtre très-épais.

Le 30 novembre, la jambe gauche est très-tuméfiée; le membre inférieur droit, les mains et la figure commencent à s'édématier; même état du ventre; la fièvre, depuis la manifestation de l'anasarque, est plus vive, la malade se plaint d'avantage. (*Bandage roulé autour de la jambe gauche, bain de sable, frictions avec un liniment cantharidé, eau de lin nitrée, calomel; potages gras, etc., On cesse les pansemens avec le quinquina.*)

Les jours suivans, l'anasarque continue à faire des progrès, mais peu rapides; la fièvre persiste, entretenue sans doute par la complication qui venait d'apparaître. Les forces ne revenaient point; la convalescence, que nous avions entrevue comme prochaine, était de nouveau retardée, et la faiblesse extrême de la malade, sa maigreur, la fièvre qui s'était ranimée, tout nous inspirait encore d'assez vives inquétudes. Cependant, en insistant sur les moyens précédemment indiqués, en administrant de temps à autre deux laxatifs, en tenant la malade à un régime fortifiant, l'anasarque et la fièvre disparurent, les surfaces gangrénées se cicatrisèrent, les sources de suppuration tarirent; le séton seul fut entretenu et suppura abondamment, sans avoir besoin d'être excité; et vers le 20 décembre, quoique la malade ne fût encore que dans une convalescence douteuse, on la mit en diligence; elle supporta la fatigue du voyage de Villeneuve à Paris. Sa bouche fut long-temps à guérir, et maintenant elle est revenu à sa santé première.

Réflexions.

La médecine obtient très-rarement des succès aussi beaux que celui que je viens de rapporter; aussi est-ce d'après cette considération que j'ai désiré le faire insérer dans ce recueil. La nature dans une maladie aussi grave eût été incapable d'opérer seule la guérison; un tel triomphe de notre art prouve sa puissance. En effet, chaque fois qu'une indication nouvelle s'est présentée, chaque fois nous avons obtenu un résultat plus ou

moins favorable, plus ou moins prolongé, mais toujours dans le sens que nous désirions. Après la première évacuation sanguine, lorsque la prostation était telle, que nous craignions à chaque instant de voir s'échapper le souffle de vie qui restait à la malade, ce souffle nous l'avons soutenu, ranimé par une révulsion énergique, une médication tonique : une réaction inflammatoire paraît, nous la combattons heureusement par une nouvelle évacuation sanguine ; le pouls faiblit de nouveau, de nombreux symptômes d'*adynamie et de putridité*, se manifestent et nous revenons à la médication tonique malgré la fréquence du pouls, les exacerbations fébriles du soir ; nous tardons peu à donner des alimens ; enfin après deux mois de maladie des plus dangereuses, pendant lesquels se sont succédé tant de phénomènes morbides, la convalescence commence et bientôt la santé arrive à la suite (1).

J'ai déjà remarqué que les symptômes nerveux ne s'améliorèrent décidément qu'à l'époque où la bouche et la surface tégumentaire, devinrent le siége des points suppurans et gangréneux ; dès ce moment la maladie revêtit un caractère nouveau, c'était (et ici je dois me servir de termes qui, quoique vieillis à l'époque actuelle de la science, n'en sont pas moins exactement l'expression d'un fait), c'était dis-je, un état de *putridité adynamique*, sans lésion fonctionnelle et probablement organique du tube digestif : ces accidens furent critiques comme le sont les bubons, les parotides, etc., dans le typhus pestilentiel. L'anasarque qui survint en dernier lieu, n'eût été qu'un épiphénomène insignifiant, si elle ne s'était montrée à la fin d'une aussi grave affection.

Nous avons dit qu'au début de la maladie, lorsque le délire et la réaction fébrile étaient dans leur plus grande intensité, on fit une application de quatre sangsues, pendant laquelle la maladie passa rapidement à la période comateuse. Les saignées locales et générales dans le début des maladies aiguës, doivent être faites abondantes, toujours proportionnellement aux forces du sujet, sans quoi elles manquent leur effet. Ne mettez que quelques sangsues, ou ne faites qu'une petite saignée au commencement d'une pleurésie, d'une encéphalite, etc., non-seulement la marche de ces affections ne sera point arrêté, bien souvent, au contraire, vous les verrez prendre plus d'intensité. C'est là surtout ce qu'on observe, lorsqu'on emploie les sangsues avec trop de parcimonie. L'irritation que produisent les piqûres de quelques sangsues, n'est point compensée par la trop faible et trop lente évacuation sanguine qu'elles procurent ; l'effet de la perte de sang est nul, tandis que l'irritation mise en jeu est toute au désavantage de la maladie. Les sangsues mises en petit nombre par l'appel des liquides qu'elles déterminent au lieu où on les applique, sont d'un bon emploi pour obtenir la résolution de certaines tumeurs indolentes, d'engorgemens articulaires ou viscéraux chroniques : mises en grand nombre, elles sont souvent préférables aux saignées lorsque des maladies aiguës commencent, chez certains sujets. Dans le cas dont il s'agit ici, peut-être qu'une déplétion sanguine plus rapide que celle qui fut pratiquée en premier lieu, eût maîtrisé l'encéphalite, ou du moins eût retardé la période comateuse !

Je ne dirai qu'un mot sur le diagnostic de cette maladie : c'est que j'ignore encore à quelle espèce de maladie des organes encéphaliques nous avons eu affaire. Dans le principe, l'hydrocéphale aiguë ne parut pas se dévoiler par des symptômes bien tranchés, mais lorsque je vis le retour si rapide des fonctions sensoriales et intellectuelles, je dus abandonner l'idée d'un épanchement, dont la résolution n'aurait pu s'opérer aussi rapidement. Heureusement ces subtilités de diagnostic que l'on établit si ingénieusement dans des traités spéciaux, perdent de leur importance au lit des malades. On guérirait encore bien moins d'affections cérébrales qu'on ne le fait, si on ne guérissait que celles dont on aurait exactement déterminé la nature. Si le diagnostic d'une lésion physique, d'une fracture, d'une luxation, par exemple, est quelquefois peu facile, combien devrait être enveloppé d'obscurité le diagnostic des maladies d'un organe dont les fonctions sont à la fois si variées et si mystérieuses !

OBSERVATION DE CHOLÉRA-MORBUS

SANS DÉJECTIONS ALVINES,

La matière cholérique remplissant l'intestin grêle, et le gros intestin étant dans un état de stricture ;

Par Gaultier de Claubry, D. M. P. (2).

L'Académie royale de Médecine, dans sa séance du 8 janvier de cette année, a vu s'élever dans son sein une discussion longue et animée, sur la question de l'existence d'un *choléra sec*. Il a paru résulter des détails dans lesquels sont entrées plusieurs des personnes qui ont pris part à la discussion, que, dans certains cas, on aurait observé les symptômes du choléra-morbus, moins les déjections alvines, chez des sujets à l'ouverture des cadavres desquels on aurait trouvé l'intestin grêle rempli d'une matière analogue à celle des déjections cholériques ordinaires, et le gros intestin affecté vers l'anus d'un état de stricture, qui se serait opposé à la sortie des matières fécales. *Journal. univ. et hebdom.*, tom. X, pag. 63.) J'ai été à portée de pratiquer dernièrement, après un décès causé par le choléra, une ouverture de cadavre, qui pourra contribuer à jeter quelque lumière sur la question agitée.

---

(1) On ne saurait trop applaudir, sans doute, à l'habileté qui a présidé au traitement, dans le cas dont il s'agit ici, mais il nous semble cependant que la *nature* a été de moitié au moins dans la guérison.

(*Note du Rédacteur.*)

(2) Au moment où quelques cas très-rares de choléra-morbus apparaissent dans la capitale, nous nous empressons de publier cette observation de notre honorable confrère M. le docteur Gaultier de Claubry. J. B.

Un ancien militaire, âgé de quarante et quelques années, d'une haute stature, d'une forte constitution, d'une grande énergie musculaire, portier de son état, et habitant une loge petite, mais propre, bien aérée et bien claire, dans une maison très-bien tenue, d'une belle rue du quartier du marché Saint-Honoré, menait une vie assez peu régulière; il faisait quelques excès de table avec une femme qu'il entretenait, bien qu'il fût marié et père de famille. Le 9 mars dernier, il paraîtrait qu'il aurait tenu sa conduite habituelle avec sa maîtresse. Il avait ensuite passé la journée du 10 dans son ménage, semblant jouir d'une bonne santé, sauf les faibles traces d'un léger état d'ivresse de la veille. Le soir, après un repas peu copieux, mais pris de bon appétit, il se couche bien portant, et la nuit est bonne. Le 11, à six heures du matin, il est réveillé par des douleurs violentes dans l'abdomen, ressenties surtout dans les deux flancs et la région du colon transverse, des crampes dans les mollets, des douleurs dans les articulations carpiennes; des vomissemens abondans ont lieu, et entraînent les restes du repas de la veille; bientôt ils se composent seulement d'un liquide séreux, trouble... Après quelques heures, un médecin, qui a observé beaucoup de cas de choléra-morbus, pendant la durée de l'épidémie de 1832, est appelé, et reconnaît tous les symptômes du choléra-morbus, sans qu'aucune déjection alvine ait lieu. Les accidens marchent rapidement, et malgré les moyens mis en usage par le médecin, qui s'éclaire des avis de deux ou trois confrères, le malade succombe le 12, à six heures du matin, au bout de vingt-quatre heures de maladie. Le même jour, à midi et demi, avec l'autorisation de l'autorité administrative, dont la rapidité de la maladie et la prompte mort du sujet avaient éveillé l'attention, l'autopsie du cadavre est pratiquée, et par suite d'une circonstance particulière, c'est moi qui la fais, en présence des trois médecins qui avaient vu le malade.

J'abrégerai la description de l'état extérieur du cadavre, je me borne à signaler l'onglet violacé de la sclérotique, suite d'un commencement de dessiccation de cette membrane albuginée, et non d'une ecchymose, comme on l'avait cru d'abord; la couleur livide ardoisée du pourtour des yeux, qui sont enfoncés dans les orbites; celle des lèvres, de la face, des extrémités; la teinte cyanosée de la langue, mais surtout la raideur et la contracture des mains, des orteils, des muscles faciaux même.

A l'ouverture de l'abdomen, qui était très-développé, l'estomac, distendu par des gaz et des liquides, s'est trouvé rempli en partie par un fluide séreux rougeâtre, mêlé au résidu des potions antispasmodiques éthérées-laudanisées qu'avait prises le malade. La membrane muqueuse, épaisse, molle, facile à détacher, d'une teinte grisâtre dans la presque totale étendue de ce viscère, offrait, dans le grand cul-de-sac et vers la grande courbure, une teinte violacée plus prononcée: il en était de même à l'orifice cardiaque, où l'on distinguait de la manière la plus tranchée la cessation de l'épithélium de l'œsophage. Le système capillaire sanguin du tissu sous-muqueux, était évidemment dans un état d'injection. L'intestin grêle, sur lequel se dessinait une injection vasculaire violacée des plus prononcées, était parfaitement incolore à l'intérieur; les valvules conniventes, surtout dans la portion duodénale, étaient notablement saillantes. Au commencement du jéjunum et jusqu'à la fin de l'iléon, se trouvaient des plaques oblongues, plus ou moins larges, saillantes, qui tranchaient par leur couleur blanc-pâle sur la teinte légèrement gris-rosé tendre de la membrane muqueuse, et une multitude toujours croissante de haut en bas de follicules isolés, de la grosseur d'une petite tête d'épingle. Cet état particulier de l'intestin grêle cessait complètement à la naissance du cœcum. J'ajoute, pour compléter l'exposé de l'état anatomique de l'intestin grêle, qu'à la fin de la portion duodénale existait une cicatrice dure, comme calleuse, froncée, résultant d'une ancienne ulcération d'une plaque de Peyer, puis à des distances variables, en descendant jusqu'à l'iléon, six à sept ulcérations, l'une desquelles offrait encore une escarre non détachée, une autre où la tunique musculaire était mise à nu, d'autres moins profondes, et enfin une ou deux où la membrane muqueuse semblait à peine ulcérée superficiellement; au-delà, ai-je dit, les plaques étaient développées, mais saines. Toute la cavité de l'intestin grêle, jusqu'à la valvule iléo-cœcale, était remplie presque jusqu'au degré de distension par un liquide trouble, d'une teinte rose sâle, semblable à du sérum trouble mêlé à une très-faible proportion de vin, liquide en tout semblable à celui que contenait l'estomac, et à la matière des derniers vomissemens qu'avait eus le malade. Le gros intestin, de la naissance du colon à la fin du rectum, offrait une dimension à peine égale à celle de l'iléon dans l'état normal; il semblait dans un état non douteux de contracture. Ouvert dans toute sa longueur, il s'est trouvé rempli d'une notable quantité de matières fécales dures, compactes, sèches, que je ne saurais mieux comparer, pour la consistance et pour la manière dont elles se brisaient sous les doigts, qu'à du crotin de cheval bien sec, ou mieux encore à du marc de raisin fortement exprimé et à demi-desséché. Vidé de cette matière, l'intestin semblait être tellement revenu sur lui-même, que ses tuniques offraient une épaisseur insolite; que le plan musculeux sur tout paraissait très-développé. Tout le système vasculaire abdominal, et celui des membres, de la face, des tégumens, était gorgé de sang; les gros vaisseaux artériels et veineux de l'abbdomen, contenaient un sang de couleur violacée, non coagulé, semblable à de la gelée de groseille battue. La vessie, petite, revenue sur elle-même, fortement contractée, était vide. Le reste du corps ne fut pas examiné; les moyens manquèrent pour ouvrir le rachis et le crâne. Les médecins qui avaient soigné le malade, avaient eu seulement l'intention de se convaincre que c'était bien à une attaque de choléra-morbus qu'avait succombé ce dernier. Or, la matière fluide trouvée dans les intestins et l'estomac, les plaques développées, l'éruption des follicules, la stase du sang, la couleur, le défaut de coagulation de ce fluide, etc., rapprochés des symptômes observés pendant la vie, en devenaient une démonstration suffisante.

Mais ce que je veux principalement faire remarquer ici, c'est que le sujet n'avait pas eu de déjections alvines, pendant tout le cours de sa courte maladie, et que le gros intestin, rempli de matières fécales singulière-

ment desséchées, a été trouvé dans un état remarquable de contracture. Nous nous sommes assuré que le sujet, pendant sa vie, remplissait régulièrement et avec facilité, l'acte de la défécation; même il avait quelquefois du dévoiement, et avait éprouvé quelques jours de diarrhée au commencement de la semaine qui précéda celle dans laquelle il tomba malade. Il n'existait donc point d'obstacle organique à l'éjection des matières fécales, et le resserrement complet de la totalité du gros intestin, ne semble devoir être considéré que comme le résultat d'un état de contraction spasmodique, de crampe, de tétanos si l'on veut, de la couche musculeuse de cet intestin, d'où est résulté ce double effet, que les matières fécales contenues dans cet intestin n'ont point été évacuées pendant le cours de la maladie, et la matière de l'exhalation cholérique est restée contenue dans l'intestin grêle; de sorte que, dans ce cas de choléra-morbus, sous tous les autres rapports semblable aux cas de cette maladie observés pendant le cours de l'épidémie de 1832, les déjections alvines, si caractéristiques, ont manqué complètement; il y a eu, en quelque sorte, *choléra-morbus sec*. Mais, si nous rapprochons ce que j'ai rapporté des conditions anatomiques dans lesquelles se sont présentées les diverses portions du canal intestinal, chez le sujet de notre observation, de ce qui a été rapporté, lors de la discussion élevée dans le sein de l'Académie royale de Médecine, et notamment de ce qui a été observé à Breslaw, par M. Gérardin, sur le cadavre d'un cholérique qui aurait eu seulement des vomissemens, et dont les intestins auraient été trouvés pleins de liquide, et la fin du rectum dans un état de contraction telle, qu'on aurait difficilement pu y introduire une grosse plume à écrire, nous devrons conclure, avec les membres de l'Académie, qu'il n'y a pas lieu à admettre un choléra sec; que l'exhalation caractéristique est toujours produite; qu'un spasme tétanique du gros intestin, faisant partie du spasme cholérique général, sous l'influence de l'affection de la moelle spinale, s'oppose seul à la production des déjections alvines, et qu'enfin les conditions anatomiques si remarquables de la membrane muqueuse intestinale, chez les cholériques, ne manquent pas d'exister dans ces mêmes cas de choléra sans déjections alvines.

Mon but ayant été uniquement d'appeler l'attention des observateurs sur les cas de choléra sans dévoiement, je ne ferai aucune réflexion sur l'état, sans doute étranger au choléra, que présentait cette membrane muqueuse du duodénum et du jéjunum sur laquelle des plaques étaient, les unes superficiellement, les autres plus profondément ulcérées, l'une d'elles encore recouverte d'une escarre, et la dernière, ou la plus voisine du commencement de l'intestin, à peu près cicatrisée, après avoir éprouvé une perte notable de substance. Je ne chercherai pas quelle influence cette condition morbide de l'intestin a pu avoir sur la manifestation du choléra; mais je dirai au moins combien cette influence paraît avoir été sans doute nulle jusqu'alors sur l'économie, à en juger par la bonne santé dont n'avait cessé de jouir le sujet, le remarquable développement du système musculaire, et l'embonpoint notable de tout le corps. Pourrait-on penser avec l'un des médecins présens à l'ouverture du corps, que, si le choléra-morbus ne l'eût pas enlevé, le sujet n'aurait pas tardé à éprouver quelque maladie pyrétique grave, à caractère typhoïde? Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les raisons qui me porteraient à rejeter cette opinion.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR

L'INFLUENCE QU'EXERCE LA CIRCULATION CAPILLAIRE

Sur la circulation générale;

Par M. le docteur PIGEAUX.

Les lecteurs du *Journal hebdomadaire*, ainsi que tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science, ont dû lire, comme moi, avec le plus vif intérêt, le Mémoire de M. le docteur Poiseuille, et ses ingénieuses recherches expérimentales sur les causes et les mouvemens du sang dans les veines. Après avoir péremptoirement, et les pièces en main, réfuté l'opinion trop exclusive du docteur Barry, sur l'influence immédiate de la respiration sur la circulation veineuse des parties centrales ou cis-valvulaires, il croit pouvoir conclure, dans une seconde partie de son Mémoire, et d'après des expériences qui ne sont ni aussi nombreuses, ni aussi satisfaisantes que les précédentes, au moins dans leurs déductions, « qu'à l'état normal, » le système capillaire ne concourt aucunement au » mouvement du sang dans son passage des artères » dans les veines, et qu'à part quelques moyens fort » secondaires, tels que la respiration, le battement » des artères contre les veines, les mouvemens mus- » culaires, la cause du mouvement du sang dans les » veines est l'action du cœur et l'élasticité des artères » mise en jeu par les contractions de cet organe. »

Il met dès lors Bichat et ses sectateurs hors de cause; l'opinion mixte de Béclard partage le même sort; la théorie d'Harvey reparaît avec tout son lustre et toute son intégrité, appuyée de l'habile expérimentation de M. le docteur Poiseuille; la capillarité, comme agent physique ou comme propriété vitale, ou participant de l'une ou de l'autre de ces conditions organiques, est replacée au rang des abstractions que personne n'a vues, et qui n'ont été crées que pour remplir un vide inhérent à notre ignorance. Désormais elle sera regardée comme un *à priori*, qu'on qualifie de pétition de principe, quand on ne veut pas lui donner une épithète mieux méritée. L'épine de Vanhelmont et les remarquables modifications locales qu'elle imprime à la circulation, la circulation du mésentère des batraciens, saisie non-seulement à la loupe, mais à l'œil nu, et signalée hors de l'influence du centre circulatoire, n'ont plus qu'une valeur idéale. M. Poiseuille réfute l'objection de ceux qui croient à l'action du système capillaire, en s'appuyant de l'exemple de la circulation

---

(1) Le beau travail de M. le docteur Poiseuille a été inséré dans le tome 1er du *Journ. univ. et hebdom.*

chez les animaux qui n'ont pas de cœur, par la considération du mode de progression du sang dans les principaux vaisseaux des holothuries, qui se contractent visiblement à l'instar de l'œsophage sur le bol alimentaire, et remplacent ainsi l'action du cœur; il pense que la circulation pourrait bien s'opérer par un mécanisme semblable, dans toutes les classes d'animaux où l'on n'aperçoit pas de cœur proprement dit, et que l'analogie invoquée ne serait pas admissible, etc., etc.

Un grand philosophe du siècle dernier a dit que les hommes seraient heureux, quand les rois seraient philosophes, ou quand les philosophes seraient rois. Ne pourrait-on pas paraphraser cette pensée, en subordonnant les progrès de notre art à l'heureuse et partant si rare association des qualités et des connaissances du physiologiste et du médecin. Nous allons faire voir qu'au moins, en ce qui touche le mécanisme de la circulation, ces deux branches de la médecine ont toujours marché, sinon contradictoirement, du moins isolément et sans se prêter le secours de leurs lumières respectives. Harvey vint et créa, pour ainsi dire, la circulation; le cœur en reçut la haute et presque exclusive administration. Ses idées, presque toutes théoriques ou expérimentales, ne furent pas contrôlés par les données d'une pathologie spéciale qui n'existait pas encore. Bientôt après, des considérations tirées, soit de la circulation abdominale (de la veine porte), soit du mode de progression du sang, si différent dans les veines et les artères, sembla requérir un nouvel agent d'impulsion, que l'on plaça dans les capillaires, sous diverses dénominations. Les partisans des propriétés vitales y fourèrent, bon gré malgré, leur abstraction; vinrent les chimistes, qui voulurent à leur tour, à cause de la transformation de sang rouge en noir qui s'opère dans cet endroit, voir des attractions et des répulsions dans un fait que les physiciens expliquèrent par la capillarité, ainsi que je l'ai dit plus haut; l'école moderne y plaça de l'irritation, les éclectiques prirent un peu de tout cela, et nous avons vu notre Béclard se poser, comme un terme conciliateur, entre toutes ces opinions, en distribuant à chacune la part qui lui appartenait. Le docteur Barry ajouta ensuite un nouveau principe moteur, en faisant voir l'action de l'inspiration et la pression atmosphérique sur la circulation veineuse des grandes cavités; l'affaissement des gros vaisseaux veineux, et la progression consécutive du sang vers le cœur, fut pour lui d'une importance capitale; notre sang ne circula bientôt plus qu'à la manière des flots de l'Euripe, par marée et contre-marée; il ne sentit pas la force de l'objection qui se trouvait consignée dans ses propres expériences; il ne vit ou ne signala pas l'obstacle mécanique que l'affaissement même des parois des vaisseaux, sous la pression atmosphérique, mettait à ce genre de circulation au-delà des valvules, et à la continuation ultérieure de la circulation; ce que du reste les expériences de M. Poiseuille ont mis hors de toute contestation. Celui-ci vient d'y ajouter la compression des vaisseaux dépourvus de valvules, pendant l'expiration et le resserrement de la poitrine; pression de l'air intérieur qui favorise la marche concentrique du sang. Au milieu de tout ce conflit de système, j'avais oublié la théorie qui place dans l'aspiration des cavités droites du cœur, dont on fait une pompe aspirante et foulante, la cause principale, sinon exclusive de la circulation veineuse; celle-ci a de nombreux partisans en Allemagne, et *Inter quos adnumerandus est celeberrimus Josephus Zugenbuhler.*

On peut facilement voir que jusqu'à présent les données de la pathologie ont été complètement passées sous silence, que les expériences toutes faites qu'elle fournit ont été regardées comme non avenues.

La science en était à ce point, lorsque M. Poiseuille reprit la matière en sous œuvre, par des expériences consciencieuses et bien faites; il renversa d'un seul coup tout l'échafaudage théorique ou expérimental de ses prédécesseurs; il fonda un système et se l'appropria, par la manière neuve et supérieure dont il traita son sujet: élève de l'école Polytechnique, sa théorie fut toute physique, ses données toutes expérimentales. Mais malheureusement ce n'est pas pour les prédécesseurs de M. Poiseuille seuls que sont faites les erreurs d'expérimentation, et surtout des déductions qu'on en tire; les relations de causalités ou de successions sont si difficiles à bien différencier, qu'il faut avoir la main et la tête bien exercées, pour ne pas errer quelquefois en pareille matière, surtout lorsque l'on ne contrôle pas les résultats d'une partie de la science, par les données d'une ou plusieurs autres branches du même art. En ce qui a trait aux travaux de M. Poiseuille, grand bien lui eut pris, pour l'avantage de sa théorie et de la science, de consulter un peu la pathologie; docteur, le médecin en eût probablement souvent appelé du physiologiste expérimentateur; à son défaut, c'est une tache que je vais chercher à remplir. L'indifférence connue du monde médical, en pareil cas, m'excusera de reste d'avoir pris l'initiative de l'attaque, qui eût mieux convenu aux plumes exercées et à la longue expérience qu'on se plaît à reconnaître dans les sommités des praticiens de la capitale, et surtout des hôpitaux.

Qu'on ne se méprenne pas sur mes intentions: ce n'est assurément pas pour renverser ou pour déprécier les résultats des belles recherches de M. Poiseuille, que je me propose de les analyser. A mon sens, il a beaucoup plus avancé la question que tous ceux qui l'ont précédé dans ce genre d'investigation; il a mis dans son travail cette justesse et cette précision propres aux mathématiciens et aux bons esprits; mais par une circonstance dépendante de la spécialité de ses études médicales, il n'a vu la vérité que dans un sens et sous une seule face, ses conclusions ont été trop exclusives; il a tranché le nœud gordien, plus qu'il ne l'a délié. Mon but est d'en mieux faire sentir le prix, en les rendant à leur juste valeur, persuadé par avance qu'il ne verra dans l'examen de ce sujet qu'un désir de faire connaître la vérité, et de m'éclairer de ses objections, s'il croit devoir en faire.

D'accord avec M. Poiseuille sur l'influence que ses expériences assignent, d'une manière incontestable, à l'inspiration et à l'expiration dans la progression du sang veineux dans les gros troncs, qui, par leur position, sont susceptibles de s'affaisser par la pression des parties environnantes; je crois que dans le parenchyme du foie, dans les larges sinus de la colonne vertébrale, cette action est au moins contestable, et que la circu-

lation veineuse de ces parties, loin de pouvoir être exclusivement expliquée par ce mécanisme, se soustrait quant aux veines du foie, même à l'action que le cœur exerce sur la circulation générale.

Passant ensuite à la partie du Mémoire de M. Poiseuille où il cherche expérimentalement à prouver que la circulation générale, et notamment la capillaire et la veineuse, se trouve sous l'influence immédiate des contractions du cœur, nous allons voir si ses observations lui permettaient de pareilles conclusions, et surtout s'il n'existe pas de faits contradictoires. Je suis bien loin de nier l'influence du centre circulatoire sur la circulation capillaire et veineuse. Bichat, aveuglé par le vitalisme, a évidemment nié ce que les fines injections et même les plus grossières qui passent si aisément des artères dans les veines, *et vice versâ*, pouvaient démontrer. M. Poiseuille s'est-il plus approché de la vérité, lorsqu'après avoir mesuré ce que les injections pouvaient faire présumer, il a pris le contre-pied des assertions de notre célèbre physiologiste, et nié l'action des capillaires d'une manière absolue? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

M. Poiseuille pense avoir démontré que le cœur *seul* agit dans la progression du sang veineux, parce que la vitesse ou la force d'ascension de celui-ci dans un tube où il est reçu, se trouve accrue ou diminuée lorsque la force d'impulsion du sang dans les artères correspondantes est accrue ou diminuée par une ouverture de leur paroi, que l'on ouvre ou que l'on bouche à volonté. Assurément ceci prouve tout au plus que les contractions du cœur sont favorables à la circulation capillaire et veineuse, mais non qu'elles agissent seules, et qu'elles lui sont indispensables. Une comparaison rendra cette assertion plus évidente. En effet, l'on sait fort bien qu'en diminuant le diamètre d'un ou de plusieurs des conduits qui alimentent une fontaine, voire la vitesse du liquide qui les parcourt, celle-ci fournit moins d'eau, mais pour prétendre que l'eau du réservoir ne coule que sous l'influence des conduits mentionnés, il eût fallu prouver que la fontaine se tarit lorsque les conduits *ne donnent plus du tout*, que les artères étant pleines, bien que le cœur n'ait plus d'action sur le liquide qu'elles contiennent, *la circulation veineuse reste suspendue*. C'est ce complément indispensable de ses expériences, que M. Poiseuille n'a pas produit, qui rend ses assertions tout-à-fait inexactes. L'expérience suivante, qui forme la contre-partie, et mieux encore le correctif de celles de M. Poiseuille, démontre évidemment, et d'une manière directe, que l'action du cœur, dans la circulation, n'est même pas aussi considérable qu'on le croirait d'abord; certains faits physiologiques et pathologiques achèveront ensuite de le prouver.

Si vous mettez à nu l'artère et la veine crurale d'un chien, et que vous comprimiez l'artère à sa sortie de l'abdomen, après avoir ouvert la veine, le sang qui en sortait d'abord en jet continu, bientôt coule en nappe, puis s'arrête tout-à-fait. Maintenant, s'arrête-t-il parce que l'artère est vide de sang, ou parce que l'impulsion *à tergo* du cœur lui manque? c'est ce qu'il s'agit de déterminer. Pour le démontrer, voici ce qu'il convient de faire : Isoler complètement des parties environnantes un segment de l'artère crurale, aussi étendu que possible; d'un doigt vous comprimez son extrémité supérieure, près du pubis, et d'un autre vous en faites autant sur le bout inférieur; puis levez alternativement un des deux doigts, il y en aura toujours un qui s'opposera à la communication de l'impulsion du cœur à la colonne de sang qui se trouve placée en-dessous ou au-delà du point de compression. Or, le résultat de cette manœuvre arrive au but proposé, puisqu'en levant le premier doigt on permet au sang de remplir le vaisseau, et que ce liquide peut ensuite couler librement, et hors de l'influence du cœur, vers ses radicules; lorsqu'on lève le second après avoir replacé le premier, alors aussi, le sang de la veine fémorale, qui avait cessé de couler, recommence à s'échapper par l'ouverture de la veine, mais toutefois avec moins de force que lorsque je cessais toute compression sur l'artère fémorale. On peut simplifier cette expérience, et la rendre applicable à l'homme même, mais aussi elle n'a plus la même certitude et la même précision. A cet effet, après avoir bien saisi le rythme des pulsations artérielles, il suffit d'affaisser subitement les parois du vaisseau, au moment de sa pulsation. On prévient ainsi la communication du choc de la colonne de sang placée au-dessous du doigt, et cependant le sang coule encore comme dans l'autre expérience. Chez l'homme on peut ainsi, à travers les tégumens, contrecarer la pulsation artérielle, et l'on ne voit pas que la circulation veineuse en souffre le moins du monde. A défaut d'impulsion reçue du cœur, force serait de recourir à la contradiction des parois vasculaires, pour expliquer la circulation veineuse; mais s'il en était ainsi, comment s'effectuerait-elle chez certains individus, comme j'en ai rencontré plus d'un, qui ont les artères ossifiées jusque dans les ramifications perceptibles au scalpel. On arrive ainsi, par exclusion, à l'action des capillaires ou à l'influence des nerfs qui s'y distribuent, et l'on se trouve obligé de leur rendre une puissance qu'on leur avait si gratuitement enlevée.

Dans l'hypothèse de M. Poiseuille, combien de phénomènes incontestables restent inexplicables, et qui cessent de l'être, en admettant l'effet combiné du cœur et des capillaires, mais dans des proportions très-variables à l'état physiologique ou pathologique. Telle est l'impulsion du cœur ou des artères, qui est quelquefois isolément hors de toute proportion relative; telle est encore la circulation qui se continue, bien que le cœur soit réduit au dernier degré de ramollissement, ou envahi de productions cancéreuses, ou dégénéré en graisse dans presque toutes les fibres musculaires, qui se sont trouvées ossifiées chez d'autres individus. Si le cœur agissait *seul* dans la progression du sang, pourquoi ce liquide cesserait-il de couler par les artères ombilicales, au moment de la naissance, après la section du cordon? Pourquoi, dans certains cas avérés d'amputation des membres, a-t-on vu les artères cesser de donner, bien qu'aucun obstacle appréciable ne s'opposât à l'écoulement du sang? et mille objections de ce genre qu'on pourrait opposer.

Au reste, un phénomène non moins curieux et tout aussi facile à constater, prouve évidemment que l'action des capillaires influence plus le cœur qu'il n'en est lui-même influencé; qu'une stimulation quelconque saisisse toute la périphérie du système tégumentaire,

bientôt la réaction se fait et gagne de l'extérieur au centre, le cœur est le dernier à s'émouvoir, et quelquefois même il ne participe pas à la réaction, qui reste bornée; les artères battent localement, avec une intensité qui contraste singulièrement avec l'apyrexie du centre circulatoire; dans le panaris, par exemple, qui n'a été frappé de voir les collatérales du doigt malade seules agitées de pulsations que ne partageaient pas même celles du doigt voisin, dont la température, apparente au moins, est quelquefois au-dessous de l'état normal. Dans les céphalées, les artères temporales ne battent ordinairement que d'un côté; dans les gastralgies, les pulsations du tronc cœliaque, dont la force et l'opiniâtreté sont aussi bien connues des médecins que des malades, ne provoquent même pas celles de l'aorte d'où elle naît, ni des mésentériques, ses congénères, comme on peut s'en convaincre, chez les personnes très-maigres. Dans tous ces cas, est-ce sous l'influence du cœur ou des capillaires que battent les artères? le doute n'est pas permis; les conséquences ressortent d'elles-mêmes, il n'est pas nécessaire de les développer pour faire sentir qu'elles sont incompatibles avec la théorie de M. Poiseuille. Nous venons de voir l'action des capillaires donner aux artères voisines une stimulation qu'elles ne recevaient pas du cœur; nous allons présentement signaler des cas où les mouvemens du cœur ne sont pas en rapport avec l'apyrexie générale. Qui n'a vu, chez les hystériques, le cœur en proie aux mouvemens les plus violens, quand une partie plus ou moins étendue, quelquefois même la totalité du corps, reste frappée d'un froid glacial. Au commencement de la syncope, le cœur bat encore avec assez de force; pourquoi le sang ne coule-t-il plus de la veine entr'ouverte dans la saignée qui a provoqué cet accident? Une vive émotion, qui fait battre le cœur avec violence, semble glacer le sang dans les veines, suivant l'expression pittoresque des gens du monde; le sang ne circule plus, les règles des femmes en sont parfois arrêtées subitement. Le cœur bat-il moins fort pour une des deux moitiés du corps d'un hémiplégique? cependant, à n'en pas douter, les artères du côté paralysé ont bien moins d'impulsion que leurs semblables dans la portion du corps qui jouit encore des mouvemens, etc., etc., etc. Ainsi, non-seulement les expériences de M. Poiseuille ne prouvent pas que le cœur agit seul dans la circulation, mais ce qu'elles attestent, c'est qu'il en est un des principaux agens. Les expériences et les observations contradictoires tendraient, au contraire, à faire admettre que l'action du cœur est souvent subordonnée à celle des capillaires, que ceux-ci ont une action indépendante du centre circulatoire, bien qu'ils en reçoivent habituellement aide et assistance, et qu'en définitive Bichat ne s'était peut-être pas plus éloigné de la vérité que son antagoniste.

Quant à l'argument que M. Poiseuille prétend tirer du mode de circulation des holothuries, pour en conclure que probablement la circulation des classes inférieures s'effectue de la même manière, et que dès lors elle n'est pas en opposition avec son système, puisqu'alors il y aurait toujours un cœur ou une organisation des principaux vaisseaux qui le suppléeraient. J'avoue qu'en concluant ainsi par voie d'analogie, il serait facile de nier même l'action du cœur chez l'homme, par la considération de ce qui se passe dans la circulation des fausses membranes de la plèvre; dès lors on sent la nécessité des réserves en fait de conclusion par analogie. On voit, en dernière analyse, que le phénomène, si simple en apparence, de la circulation générale, chez l'homme au moins, se complique d'actions très-variées et différentes dans leur mode d'expression. Que l'inspiration et l'expiration y concourent, chacune à leur manière; que le cœur y prend une part fort importante, mais que les capillaires ne doivent pas être oubliés. Qu'on se garde bien de croire que ces distinctions sont plus spéculatives qu'utiles en pratique. En effet, il n'est pas indifférent que le phénomène de la circulation soit simple ou complexe. Que le cœur devienne l'agent exclusif de la circulation; les évacuations sanguines devront toujours pouvoir supprimer un point de congestion inflammatoire, par la sédation mécanique que la soustraction du sang va produire: qu'au contraire les capillaires et leur système nerveux y jouent un rôle principal; que la respiration prenne une plus large place que celle qui lui est journellement concédée; ne voit-on pas de prime-abord qu'on calmera plus efficacement les inflammations par des agens sédatifs directs du système nerveux, qu'on éprouvera moins de répugnance à employer les contro-stimulans des *rasoriens*, lorsqu'on leur aura bien constaté cette propriété, lorsque, de plus, on saura leur action directe sur les mouvemens de la respiration? Quelle voie de progrès et d'amélioration s'ouvre devant ceux qui pourront ainsi combattre avantageusement les maladies si fréquentes des ouvriers, sans débiliter leur constitution, déjà si profondément détériorée quand ils arrivent dans nos hôpitaux!

MÉMOIRE

SUR LA PNEUMONIE LOBULAIRE;

Par F. Burnet, D. M. P.

Voilà déjà plusieurs années que je nourrissais le désir de publier le résultat de mes observations sur la pneumonie lobulaire. L'espérance de pouvoir m'éclairer des lumières des médecins qui s'occupent spécialement des maladies des enfans, et la certitude où j'étais de trouver, dans leurs écrits sur l'hépatisation mamelonnée des matériaux pour étendre ou corriger mes idées, m'avaient fait ajourner mon projet à un temps plus favorable. Aujourd'hui, que j'ai vainement attendu, je me hasarde à le réaliser. Le Mémoire qu'on va lire se compose de quelques observations recueillies dans le service de M. Jadelot, et des réflexions qu'elles m'ont suggérées. J'ai souvent eu lieu de me convaincre des difficultés que présente le diagnostic des maladies des enfans. J'ai vu combien tous les moyens que l'on possédait, avant la découverte de l'auscultation et de la percussion médiates, sont insuffisans pour reconnaître certaines affections pulmonaires dans le jeune âge. Si je puis concourir à étendre les connaissances que nous possédons sur l'une de ses maladies les plus fréquentes, j'aurai atteint la modeste tâche que je me

suis imposée. Ce n'est point une histoire complète de la pneumonie lobulaire que je compte tracer ici : je ne veux qu'ajouter quelques traits au tableau, selon moi, bien incomplet encore de cette maladie. A d'autres mieux placés, et dont le nom fait autorité dans la science, à perfectionner ce que je ne puis qu'ébaucher.

Première observation. Joséphine Viard, âgée de huit ans, passe, le 20 novembre 1819, de la salle des teigneuses au n° 23 de la salle Sainte-Catherine. Malade depuis trois jours seulement, elle tousse, se plaint d'une douleur à la gorge et de fièvre. L'arrière-gorge est rouge et tuméfiée ; la langue rouge, la poitrine bien sonore. Le stéthoscope perçoit du râle sous-crépitant à droite postérieurement, et à la partie antérieure gauche du thorax. Le murmure respiratoire est faible dans ces endroits, qui n'occupent d'ailleurs qu'une petite étendue; la respiration est très-accélérée, la voix un peu enrouée. Les jours suivans, le râle crépitant persiste avec de légères variétés dans sa position et dans son caractère, qui le rapproche quelquefois du râle muqueux.

Le 8 décembre, la fièvre qui avait un peu diminué, les jours précédens, reprend une nouvelle activité : l'enrouement augmente, ainsi que la toux, la dyspnée et le râle crépitant. Les pommettes rougissent, la gauche surtout. L'arrière-gorge est plus gonflée et la langue plus rouge.

Le 10, éruption de taches rouges circulaires, confluentes à la face et discrètes aux membres, qui prennent bientôt un aspect violacé. La voix s'éteint. La toux forte, s'accompagne de crachats glutineux, fortement rouillés, quelques-uns striés de filets de sang vermeil. Le ventre est très-douloureux. Le traitement se borne aux adoucissans.

L'expectoration ne tarde pas à se supprimer en même temps que la toux devient continuelle ; la poitrine reste sonore. Le râle crépitant s'étend et occupe, à un haut degré, la partie antérieure gauche et les deux parois latérales de la poitrine. L'oppression augmente, et la malade meurt le 13 décembre, au troisième jour de l'éruption, qui a pâli et s'est presque effacée.

Autopsie le 15.

Tête. Cerveau fortement piqueté à la coupe.

Poitrine. Les deux poumons présentent de nombreuses hépatisations rouges, les unes assez étendues et limitées par des bords dont la dureté ressort beaucoup au milieu des parties environnantes saines ; les autres petites, pressées aux bords antérieurs des poumons, et dessinant à leur surface des inégalités légèrement saillantes. Les parties ainsi altérées gagnent le fond de l'eau. Les bronches et la trachée sont d'un rouge vermeil très-intense.

Abdomen. Quelques rougeurs dans l'estomac. Quelques plaques de Peyer rouges et développées dans l'intestin grêle.

Ce n'est pas sans dessein que j'ai placé cette observation la première, et que je lui ai donné quelques développemens. Elle offre, en effet, un type de pneumonie lobulaire pendant la vie, cette affection se manifeste par un râle crépitant, qui persiste pendant vingt-trois jours, sans que la sonoréité de la poitrine disparaisse, sans que le murmure respiratoire s'efface ou prenne le caractère bronchique, ce qui n'eût pas manqué d'arriver dans une pneumonie ordinaire, qui eût occupé plusieurs lobules réunis d'un poumon. Après la mort, des indurations rouges au milieu d'un tissu bien crépitant, des saillies dures et inégales, séparées par des lames de tissu spongieux, ne laissent aucun doute sur le caractère de la lésion anatomique. On peut même penser que ces dernières duretés avaient une date plus ancienne que les indurations rouges. Elles se trouvent, en effet, placées aux bords antérieurs du poumon, là où j'ai d'abord trouvé du râle crépitant au côté gauche de la poitrine. Il est vrai que ce râle m'a d'abord échappé à la partie antérieure droite de la cavité thoracique ; mais la petite étendue où il devait exister, explique suffisamment cette omission. Je ferai encore remarquer que, dans cette observation, comme dans presque toutes celles de pneumonies lobulaires, l'inflammation du poumon a été précédée d'une forte toux, et accompagnée d'une violente inflammation des bronches.

Deuxième observation. Une petite fille rachitique, âgée de trois ans, à poitrine très-difforme, était affectée depuis quelques jours d'un rhume assez fort et d'une légère fièvre, quand elle fut placée, le 29 octobre, au n° 12 de la salle Sainte-Anne. Prise dans la matinée de ce jour d'un étouffement tel qu'on la crut morte, elle présentait encore, au moment de son entrée, une oppression assez forte, de l'aphonie, du râle trachéal. La poitrine était bien sonore, le bruit respiratoire couvert par du râle sibilant, la figure pâle, le ventre météorisé et douloureux. Quelques cuillerées d'une potion adoucissante, dans laquelle on ajoute un grain d'émétique, procurent l'excrétion de mucosités et la diminution de la dyspnée. La fièvre persiste à un haut degré ; la peau est brûlante. Quatre sangsues sont appliquées de chaque côté de la poitrine, et saignent médiocrement. La malade put parler. L'intelligence est bonne. Cependant l'oppression continue, et la mort a lieu dans la nuit.

Autopsie. Le 1er novembre. Cerveau très-injecté et distendant la dure-mère. Substance corticale d'un rose grisâtre très intense. Sinus cérébraux pleins de sang noir. Pharynx un peu rouge.

Poitrine. Canal aérien d'un rouge intense dans toute son étendue. Les deux poumons, imbibés de sang noir et fluide, présentent sept ou huit indurations noirâtres, d'un demi-pouce à un pouce et demi cube d'étendue. Les bronches contiennent une matière visqueuse, blanche et opaque, peu abondante.

On voit, dans ce cas, la pneumonie lobulaire suivre une bronchite, portée au degré où elle produit quelquefois le catarrhe suffocant. Il n'est pas rare de voir cette union, et la mort être le résultat très-prompt de la grande étendue des parties enflammées. C'est là une des variétés assez nombreuses du catarrhe suffocant. L'œdème pulmonaire en constitue une autre très-fréquente, et, dans ces deux cas, les bronches sont ordinairement très-enflammés.

La bronchite joue, comme on le voit, un grand rôle, chez les enfans, dans les maladies des organes pectoraux on en sera encore plus convaincu, si l'on pense qu'elle forme ordinairement la cause anatomique de

la coqueluche, et des lésions que cette maladie laisse quelquefois à sa suite. L'observation précédente offre encore une preuve, que l'on a fréquemment l'occasion de vérifier, de la grande disposition aux affections graves de la poitrine, que portent avec eux les jeunes enfans atteints de difformités thoraciques. Dans cette observation, l'hépatisation n'était pas très-dure; mais aussi la mort a été rapide. C'est le premier degré de la pneumonie lobulaire.

Troisième observation. Alexandrine Lebrun, âgé de neuf ans et demi, fut placé, le 8 septembre 1829, au n° 22 de la salle Sainte-Catherine. Elle était atteinte depuis huit jours d'une toux sèche, avec accélération de la respiration et fièvre. Ces symptômes allèrent en augmentant jusqu'au 25. La langue était rouge, le ventre parfois météorisé, le corps amaigri. La poitrine, bien sonore, laissait percevoir au stéthoscope, tantôt du râle crépitant à sa partie postérieure, tantôt du râle muqueux sibilant. La toux s'accompagnait de douleurs sous-sternales et épigastriques. Le cœur avait des battemens forts, et la région précordiale présentait un peu plus de matité que de coutume.

Le 25 septembre, la toux, beaucoup plus forte, produit une expectoration catarrhale filante et limpide. La douleur augmente et cause un peu d'angoisse. Quelques bulles de râle crépitant à gauche, nécessitent l'application de six sangsues dans cette partie, et un cataplasme émollient. Le 26, même état. Six nouvelles sangsues. Le 27, pouls à 130. Oppression extrême; anxiété inexprimable; jactitation. La douleur sous-sternale a beaucoup augmenté. La pression ne l'augmente point. Aphonie. Décubitus en double; légère matité dans les fosses sous-épineuses et au côté gauche; quelques bulles crépitantes dans ces parties; partout ailleurs râle sibilant; bruit respiratoire faible et sec. Intelligence un peu obtuse. Face grippée. Mort le 28 au matin.

Autopsie le 29. *Tête.* Cerveau et méninges sains.

Poitrine. Pharynx très-rouge. Amygdales un peu gonflées. L'épiglotte et le larynx sont d'un rouge vermeil intense à leur surface interne. Cette rougeur diminue dans la trachée, pour reparaître plus vive dans les bronches, surtout à leurs extrémités un peu larges. Les glandes bronchiques sont rouges et ramollies. Les poumons remplissent la poitrine et ne s'affaissent point; ils crépitent beaucoup; leurs bords postérieurs, surtout du côté gauche, présentent les scissures interlobulaires développées par des bulles d'air, qui font saillir les plèvres pulmonaires saines. La partie du poumon gauche qui recouvre le cœur offre une induration grise, ornée de lobules d'air bien tranchées. Il en sort par la pression une matière visqueuse, d'un blanc opaque: les bronches en contenaient une petite quantité. Les bords postérieurs des deux poumons, du droit surtout, présentent un amas de petites indurations rouges très-dures, séparées par des portions très-minces de substance pulmonaire molle. Pareille induration existe au sommet du poumon droit, au milieu d'un tissu parfaitement crépitant. Les cellules pulmonaires ne sont point développées; l'air est infiltré dans le tissu cellulaire. Le cœur, d'un tiers plus gros que le poing du sujet, contient quelques caillots noirs et mous.

Abdomen. Foie volumineux et gorgé de sang noir. Inflammation très intense de la muqueuse gastrique et des plaques de Peyer, dont une est ulcérée, et des follicules du gros intestin. Les glandes mésentériques sont rouges et un peu développées.

Cette observation nous offre encore l'exemple de la réunion d'une violente bronchite et de pneumonie lobulaire. Il s'y joint un emphysème, qui est sans doute arrivé dans les derniers temps de l'existence de la petite malade. Cette altération se retrouve assez souvent dans les cas de pneumonies lobulaires. On le voit aussi dans la simple bronchite, beaucoup moins souvent dans l'hépatisation simple du poumon, lors même que, très-étendue, elle cause une grande oppression. La raison en est, je crois, que, dans ce dernier cas, l'air ne peut arriver jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, ni s'épancher dans le tissu cellulaire du poumon qui participe à l'induration du tissu propre de cet organe. Cela est si vrai, que je possède une observation où se trouve, d'un côté, une induration de la majeure partie du poumon sans emphysème, et de l'autre une bronchite intense avec emphysème interlobulaire. Ne semble-t-il pas que, dans ce cas, la muqueuse bronchique, altérée dans sa sensibilité organique et dans sa consistance, par la violence de l'inflammation, se laisse pénétrer par l'air? Chez Alexandrine Lebrun, on remarque les deux degrés de la pneumonie lobulaire, l'induration rouge et l'induration grise. Cette dernière, si on en juge par le siége de la matité et du râle crépitant, avait évidemment une origine plus ancienne que la première.

Quatrième observation. Guéry (Charles) mourut à l'âge de deux ans, le 21 janvier 1825, au n° 12 de la salle Saint-Thomas. Il s'y trouvait depuis le 12 du même mois. Pendant son séjour à l'hôpital, il présenta des symptômes ataxiques, que je ne fais que signaler, et à partir du 19, d'abord un peu de râle sous-crépitant dans le poumon droit, puis du râle muqueux dans les deux poumons, malgré l'état sain, en apparence, de la respiration et l'absence de toux. Il mourut dans un état de contracture et d'insensibilité des extrémités.

A l'autopsie, que je fis le 22, je trouvai un emphysème interlobulaire à la partie supérieure du poumon gauche, et, à la base des deux poumons, du gauche surtout, une hépatisation mamelonnée peu étendue. Le centre de ces mamelons était gris et le pourtour rouge.

Ici les deux degrés de la pneumonie sont superposés; le plus ancien occupe le centre. L'emphysème n'a point été précédé, pendant la vie, de dyspnée remarquable. Aussi les réflexions que je faisais tout-à-l'heure trouvent-elles, dans ce cas, leur application. Est-il besoin de faire remarquer que, sans le stéthoscope, la pneumonie eût infailliblement échappé à l'attention du médecin? Ces cas sont trop communs pour qu'il soit nécessaire de les signaler. Ici l'affection pulmonaire avait été masquée par la maladie des centres nerveux.

Cinquième observation. Adélaïde Achard, âgée de de quatre ans, rachitique, affectée depuis plusieurs jours de toux, de dévoiement et de fièvre, fut placée, le 5 janvier 1829, au n° 13 de la salle Sainte-Cécile. Du râle crépitant et une légère matité, difficile à saisir, à cause de la difformité de la poitrine, se prononcèren

d'abord avec plus d'intensité à droite, puis à gauche. En même temps, la fièvre et la toux augmentèrent. La mort eut lieu le 12 janvier.

A l'autopsie, je trouvai la trachée et les bronches très-rouges; les glandes bronchiques tuberculeuses, quelques-unes ramollies; le poumon droit fixé dans toute son étendue à la plèvre, par de vieilles adhérences, engorgé à sa base, qui ne crépite plus, et donne au toucher la sensation de corps durs et inégaux, formés par des noyaux de tissu pulmonaire induré, des tubercules généralement petits, avec ramollissement central dans quelques-uns, et des ramifications bronchiques très-développées et très-épaisses, se terminant par des cul-de-sacs de quatre à cinq lignes de diamètre, dans lesquels la muqueuse se continue évidemment. Le poumon gauche engoué présente quelques tubercules. La plèvre gauche est rouge et recouverte de fausses membranes, épaisses d'une ligne. Chez ce sujet, la pneumonie lobulaire suit le développement des tubercules pulmonaires, et une vieille affection des bronches. La même altération se retrouvait, chez une jeune fille affectée depuis plusieurs mois de quintes de toux, et chez plusieurs enfans qui avaient présenté, pendant leur vie, de violens accès de coqueluche. Les bronches étaient dilatées et recouvertes à leur intérieur d'un enduit puriforme très-épais. Je ne fais que signaler ces cas, où l'on remarque, comme point principal, la coïncidence de la pneumonie lobulaire avec une inflammation vive et étendue des bronches.

Sixième observation. Une jeune fille, de deux ans, entrait dans la période de dessiccation d'une variole, et la fièvre ne cédait point. Il y avait aphonie, toux rauque et dévoiement, difficulté dans la déglutition, rougeur et gonflement de l'arrière-gorge, dyspnée considérable et parfois suffocation. Bientôt à ces symptômes se joignent les signes d'une double pneumonie, du râle crépitant, de la matité aux deux côtés de la poitrine inférieurement. La petite malade meurt vingt-quatre jours après le début de l'angine.

A l'autopsie, je trouvai une érosion blanchâtre des cordes vocales, de la pâleur dans la trachée, les bronches, et leurs ramifications. Une hépatisation rouge des lobes inférieurs des deux poumons, avec fausses membranes à leur surface et, dans le lobe supérieur du poumon gauche, une foule de duretés, qui sont autant de petites hépatisations grises, bien séparées les unes des autres. La pression fait sortir de cette partie, du pus visqueux mêlé de quelques bulles d'air. Une cuillerée de sérosité limpide dans chaque plèvre. Dans ce cas, il me paraît évident, par la dureté et la coloration des parties indurées, que l'hépatisation lobulaire grise a précédé les indurations rouges de la base, et qu'elle remonte au temps où la poitrine était encore sonore et où la bronchite, dans toute son intensité, devait rougir les bronches, qui pâlirent ensuite, comme cela a lieu souvent à la fin des inflammations. Il est bien évident que l'on ne peut expliquer que par cette supposition l'érosion blanchâtre des cordes vocales, et le pus que contenaient les ramifications bronchiques Il serait donc peu logique d'arguer ici de la pâleur des bronches pour contester leur inflammation. L'exception n'est qu'apparente. Notre petite malade offre un exemple de pleurésie avec absence presque totale d'épanchement; exemple qui, pour le dire en passant, n'est pas si rare que l'a prétendu Laennec, surtout chez les enfans, et quand existe la complication si fréquente d'hépatisation pulmonaire.

TABLEAU CLINIQUE

DES MALADIES OBSERVÉES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DANS LES SALLES DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD,

PENDANT

Le premier semestre de l'année scolaire 1832-1833.

Par M. le doct. Donné, chef de clinique.

—

SECONDE PARTIE.

Troisième et dernier article.

—

Maladies chroniques.

Je ne parlerai des catarrhes pulmonaires chroniques qui se sont présentés dans nos salles, que pour citer le cas d'une femme, âgée de soixante ans, qui toussait depuis plusieurs années. Elle mourut subitement comme asphyxiée, deux jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, nous trouvâmes toutes les bronches, jusqu'aux divisions les plus fines qu'il fut possible de suivre, remplies de pus blanc, bien lié, comme le pus d'un phlegmon. Il semblait véritablement que ce pus avait été injecté artificiellement dans les bronches. La membrane muqueuse bronchique était d'ailleurs rouge et tuméfiée partout. Il n'y avait pas de trace de tubercules en aucun point. Le sommet des deux poumons était revenu sur lui-même, comme flétri, dans une étendue comparable au volume d'une noix. En suivant les bronches qui se rendaient vers cette partie des poumons, on les trouvait bientôt oblitérées, ce qui explique très-bien cette disposition.

J'ai cité ce fait, afin de montrer que l'inflammation chronique des bronches, portée presque aussi loin que possible, jusqu'à la suppuration, ne suffit pas pour produire des tubercules.

Une lésion organique remarquable du larynx s'est offerte à notre observation. La femme qui en était atteinte, âgée de quarante et un ans, a été pendant long-temps couchée au n° 12 de la salle Saint-Madeleine, et elle était encore dernièrement au n° 11 de la même salle, pour la même maladie. Cette femme est encore réglée, mais elle éprouve souvent des retards; elle a eu huit enfans; sa constitution est robuste et pléthorique. Il y a quatre ans, étant nourrice, elle fit une grande course, fut prise de refroidissement au milieu d'une transpiration, et dès lors elle éprouva une extinction presque complète de la voix, suivie d'une toux rebelle et de dyspnée. Ses crachats furent quelquefois mêlés de sang. Cet état dura trois mois; la malade ne fut pas saignée, jamais sa voix ne revint aussi pure et aussi nette qu'auparavant. Au mois de

juillet dernier, réapparition des mêmes symptômes pendant un mois, puis amélioration jusqu'au commencement de cette année; à cette époque, elle eut un érysipèle de la face. Enfin, cette malade est entrée dans le service de M. Bouillaud; le 27 février dernier, pour les mêmes accidens. Lorsque nous la vîmes, les inspirations ne se faisaient qu'avec la plus grande difficulté; elles étaient accompagnées de sifflement, et pénétrait à peine dans les poumons, qui ne se dilataient qu'incomplètement. La pression extérieure du larynx était douloureuse, mais le doigt porté profondément dans la gorge ne sentait aucun gonflement, ni aucune tumeur. Les émissions sanguines locales, et des cataplasmes appliqués tout autour du col, produisirent un soulagement marqué; la malade put sortir en assez bon état, après un mois de séjour à l'hôpital; mais ce fut pour rentrer encore le 30 mars dernier, dans un état plus avancé. La suffocation fut telle, pendant deux jours, que si la malade ne s'y était constamment refusée, on eût infailliblement pratiqué la trachéotomie. Néanmoins l'emploi des mêmes moyens a encore produit une grande amélioration. Au bout de quelques jours, la malade expectora une abondante quantité de crachats, qui contenaient évidemment du pus; dès lors la respiration devint libre, mais la voix est restée éteinte. Doit-on penser qu'il s'était formé un abcès autour du larynx, qui se vida dans cet organe? c'est ce qu'il est difficile d'affirmer, mais on ne peut douter au moins qu'il n'y ait une altération profonde de quelque partie du larynx ou de ses annexes (1).

S'il était nécessaire de citer de nouveaux exemples, propres à démontrer l'efficacité des saignées pour favoriser la résorption des épanchemens, les cas de pleurésies chroniques, traité par M. Bouillaud, devraient être rapportés avec détail, puisque le succès a justifié cette méthode sur les six individus auxquels elle a été appliquée. Il est pourtant juste de dire que quelques-uns d'entre eux ont été soumis à l'usage du calomel, vers la fin de la maladie. Nous regrettons de ne pouvoir donner en entier l'observation d'un blanchisseur, âgé de trente-quatre ans, couché au n° 13 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Cet homme avait un épanchement considérable dans le côté gauche, qui reparut une seconde fois, après avoir été complètement résorbé. A la suite des saignées générales et locales, on obtint de grands avantages de l'emploi du calomel, porté à une dose capable de produire une salivation assez abondante et des selles copieuses.

M. Bouillaud a eu de fréquentes occasions d'exercer les élèves qui ont suivi sa clinique, au dignostic difficile des affections organiques du cœur. Tous les bruits produits par les altérations diverses des orifices et des valvules, les rétrécissemens, les incrustations calcaires qui s'opposent au libre jeu des valvules, véritables soupapes destinées à empêcher le retour du sang dans les ventricules et les oreillettes, les dilatations des cavités du cœur, avec amincissement ou hypertrophie des parois, etc., tous ces divers phénomènes ont été analysés avec le tact et la sagacité, dont l'auteur du *Traité des maladies du cœur* a donné des preuves non équivoques. Nous pouvons dire avec assurance, qu'en moins de six mois, M. Bouillaud a fait un cours à peu près complet sur ces lésions toutes mécaniques, d'où dépendent un grand nombre de symptômes généraux si graves. Les rapports entre le siége de ces lésions et les phénomènes auxquels elle donnent lieu, ont été appréciés avec tant de justesse et de précision, à l'aide des méthodes rigoureuses que la science met en usage aujourd'hui, que toujours l'examen des organes, lorsqu'il a pu être fait, a justifié le diagnostic du professeur.

Plusieurs cas bien tranchés de ces affections organiques et anciennes du cœur, dont quelques-uns ont été déjà publiés dans ce journal, et dont les autres serviront à enrichir la nouvelle édition que M. Bouillaud prépare de son *Traité des maladies du cœur*, mériteraient bien de trouver aussi place dans ce résumé. Des affections aiguës, telles que des péricardites, qui ont pu être manifestement reconnues (elles sont au nombre de trois), offriraient également un grand intérêt; mais, forcé de choisir parmi ces observations celles qui présentent les faits les plus nouveaux, nous réservons la place dont nous pouvons disposer, pour signaler un bruit particulier des artères carotides, auquel M. Bouillaud a consacré une attention toute spéciale.

Plusieurs jeunes filles mal réglées, offrant un teint pâle et décoloré, sujettes à des palpitations, à des lipothymies, ayant souvent un peu d'édème autour des malléoles, ont été envoyées, par divers médecins, dans le service de M. Bouillaud, comme atteintes de maladies organiques du cœur.

La région précordiale, examinée attentivement, n'offrait pas une matité plus étendue que dans l'état normal; l'auscultation ne fournissait aucun signe d'une lésion organique; aucun bruit de souffle, de râpe ou de scie, ne décelait le rétrécissement de quelqu'un des orifices, et cependant ces malades ne pouvaient se livrer à un exercice modéré, ni monter quelques marches sans avoir de violentes palpitations et sans être hors d'haleine.

Chez toutes ces malades on entendait, en auscultant les carotides, un bruit particulier d'une intensité remarquable. Ce bruit, déjà signalé par Laennec, n'a été étudié par aucun auteur aussi attentivement que par M. Bouillaud, qui le désigne par le nom de *bruit de diable*, à cause de son analogie avec le ronflement sonore que produit l'instrument de ce nom, qui servait de jouet aux enfans, il y a quelques années.

Ce sujet ayant été traité avec étendue par M. Bouillaud, dans un Mémoire qu'il a lu à la Société médicale d'émulation, et imprimé dans un des derniers numéros de ce Journal, il me restera peu de chose à en dire. Je crois néanmoins utile d'y revenir encore, afin, d'insister sur deux points : 1° la différence que l'on doit établir entre ce bruit de diable et le bruit de soufflet proprement dit, dont toutes les causes et les circonstances ont été si bien détruites, et si nettement analysées par M. Bouillaud; 2° la manière dont on peut,

(1) Un cas analogue à celui-ci existe encore actuellement au n° 10 de la salle Sainte-Madeleine, chez une femme âgée de cinquante ans. Cette affection de larynx date de trois ans; mais il paraît maintenant se former un abcès dans le tissu cellulaire qui environne de larynx.

suivant moi, se rendre compte, jusqu'à un certain point, de la production de ce bruit de diable dans les artères carotides des sujets anémiques et chlorotiques. Si je crois devoir insister de nouveau sur la différence du bruit de diable et du bruit de soufflet, quant à sa nature et à sa cause, ce n'est pas que M. Bouillaud n'ait exactement posé la limite entre ces deux phénomènes; mais, comme dans son Mémoire ce savant professeur a repris la question des divers bruits produits par les altérations organiques du cœur dans son ensemble; comme il a fondu, pour ainsi dire, ses observations sur le bruit de diable, avec ses travaux précédens, il n'a peut-être pas mis assez en relief le fait curieux sur lequel il a appelé l'attention, et qui mérite une considération toute particulière. Enfin plusieurs personnes me paraissant confondre encore deux phénomènes très-distincts l'un de l'autre, M. Bouillaud ne me saura pas mauvais gré de revenir, après lui, sur un sujet intéressant qui lui appartient.

Pour moi, qui ne mets pas en doute les causes assignées par M. Bouillaud aux bruits de soufflet, de râpe et de scie, dans les affections organiques du cœur, je ne rentrerai pas dans une discussion qui me paraît suffisamment éclairée. Vouloir encore aujourd'hui attribuer, avec Laennec, ces bruits à une *anomalie de l'influx nerveux*, à une *altération de l'action vitale*, rechercher des causes mystérieuses et insaisissables, là où il existe des lésions matérielles et palpables, c'est faire rétrograder la science, contester une théorie vérifiée chaque jour par des faits nombreux, et méconnaître les services rendus à la science du diagnostic. Ne sommes-nous pas trop heureux quand nous pouvons appuyer nos doctrines sur les lois physiques ordinaires? Contentons-nous d'appeler à notre aide les mots obscurs et vides de sens, lorsque nous y sommes forcés pour cacher notre ignorance; le moindre inconvénient des *lois vitales* dont je ne nie pas l'existence, sans toutefois les comprendre et m'en faire une idée juste, est de ne servir en rien aux progrès de la science; elles s'y opposent même quelquefois en apprenant à se payer de mots.

Je reviens à l'objet de cet article.

On sait que, lorsqu'on appuie le cylindre un peu fortement sur le trajet d'une grosse artère, de manière à la comprimer et à intercepter en partie le cours du sang, on entend, en auscultant, une espèce de bruit de soufflet qui a la plus grande ressemblance avec celui qui se produit aux orifices du cœur dans le cas d'un rétrécissement; la cause est, en effet, de même nature dans ces deux circonstances. Ces bruits son dus au frottement du sang en passant au travers d'un orifice trop étroit. Cela est si vrai, que l'on peut imiter à volonté ce bruit de soufflet, en comprimant des tubes élastiques dans lesquels on fait circuler un liquide lancé par une pompe ou une seringue à jet intermittent. J'ai répété bien souvent cette expérience, à l'aide d'un appareil que j'ai construit exprès avec des tubes de caout-chouc, auxquels j'adapte une petite pompe foulante. J'ai aussi obtenu le même résultat sur les tuyaux d'une pompe à incendie, dans ce cas, l'effet est moins satisfaisant, attendu que le jet d'eau étant continu, et les parois des tuyaux très-épaisses et moins flexibles, l'oreille n'est point aussi nettement frappée par cette pulsation et ce souffle saccadé qu'elle perçoit dans l'appareil précédent, qui imite mieux le phénomène de la circulation; enfin, si l'on veut se rapprocher encore davantage de la nature, il faut injecter de l'eau dans l'aorte d'un cadavre, pendant que l'on ausculte les principales artères, ainsi que M. Bouillaud a décrit cette expérience dans son Mémoire.

Le bruit de soufflet dont nous parlons s'entend sur toutes les grosses artères des membres, assez superficiellement situées et reposant sur un plan assez ferme pour permettre les compressions; l'aorte abdominale elle-même le fournit quelquefois sur les sujets dont le ventre est plat et affaissé; il n'en est pas ainsi de ce bruit soufflant que M. Bouillaud désigne sous le nom de bruit de diable. Il est propre aux artères carotides seulement; elles seules jusqu'à présent me l'ont offert dans toute sa pureté; la compression n'entre pour rien dans sa production, et on ne le rencontre à un haut degré que chez les filles chlorotiques et quelques sujets anémiques; on verra tout-à-l'heure que ces circonstances sont en effet les plus favorables, à son existence, du moins en adoptant les explications qui me paraissent en rendre raison.

Ce bruit ronflant est quelquefois tellement sonore qu'il semblerait qu'un corps métallique concourt à le former: il n'est pas complètement intermittent comme le bruit de soufflet proprement dit. Il n'offre pas des intervalles de silence absolu; il n'y a d'intermittence que dans le degré d'intensité du son; et sous ce rapport la comparaison que l'on en fait avec le bruit de diable est très-juste.

C'est donc, d'une part, dans l'état général des sujets qui présentent ce bruit, et de l'autre dans la position des artères carotides, qu'il faut chercher les causes du bruit de diable.

Ce bruit tient-il à une lésion organique du cœur, ou des gros vaisseaux qui en partent pour se diriger vers la tête; nous ne le pensons pas, puisque l'on parvient à le faire disparaître complètement par un traitement convenable, ainsi que l'a fait M. Bouillaud. Ces cas ont même été pour moi une occasion d'apprécier d'une manière particulière la sagacité de ce professeur, et ses hautes connaissances sur le diagnostic difficile des maladies du cœur. Puisque je me permets de discuter quelquefois ses opinions, je puis bien lui rendre la justice qu'il mérite, sans être soupçonné de complaisance et de flatterie: on doit remarquer d'ailleurs que je pèche plus souvent par la réserve que par l'excès sur ce point.

J'avouerai donc franchement qu'à l'exemple des médecins qui adressèrent à M. Bouillaud, plusieurs filles chlorotiques comme atteintes de lésions organiques du cœur, je m'en laissai imposer par l'ensemble des symptômes généraux; j'eus même en quelque circonstances recours immédiatement aux émissions sanguines, afin de les soulager en ralentissant la circulation que je supposais gênée par un obstacle siégeant à l'un des orifices du cœur. M. Bouillaud ne tarda pas à démontrer par un examen plus attentif, que le cœur était dans son état normal chez ces individus, que le bruit que l'on entendait n'était nullement de la même nature que le bruit de soufflet; il attribua le phénomène que nous observions à l'état général des solides

et des liquides et en particulier à l'état de l'appareil circulatoire. Cependant M. Bouillaud croit qu'il est nécessaire d'admettre une lésion quelconque dans les artères, comme point de départ et comme cause première du bruit de diable. Quoique je diffère en ce point de son opinion, parce qu'il me semble difficile de comprendre comment un bruit dépendant d'une lésion organique des artères pourrait cesser d'exister sous l'influence d'un traitement tonique, je n'admire pas moins le tact avec lequel M. Bouillaud a distingué cette affection particulière, des lésions organiques du cœur; le succès a d'ailleurs justifié comme nous l'avons dit, la préférence qu'il a donnée aux préparations martiales et au régime fortifiant sur les émissions sanguines adoptées jusque-là.

Voyons donc comment on peut se rendre compte du phénomène dont nous parlons, par les seules considérations de l'état général des individus qui le présentent, et par la position des artères où il se produit.

Il faut d'abord se rappeler quelques principes d'acoustique sur la vibration des membranes et des tissus mous élastiques. On sait que ces corps vibrent d'autant plus facilement, qu'ils sont plus relâchés; c'est pour cela que, par une admirable prévoyance, la membrane du tympan se relâche pour percevoir les sons faibles; tandis qu'elle se tend lorsque des sons trop forts viennent la frapper; s'il n'en était pas ainsi, cette membrane pourrait se rompre par l'amplitude des vibrations que lui communiqueraient les sons forts, qui la trouveraient dans un état de relâchement; tandis que les sons faibles ne pouvant pas la faire vibrer facilement dans son état de tension, ne seraient pas perçus.

En un mot, les membranes et les tissus mous, ainsi que l'a démontré M. Savart, entrent en vibration indifféremment pour toutes les vitesses de vibrations. Ils obéissent aux ondulations les plus lentes, et se mettent, comme on dit, facilement à l'unisson.

Or, n'est-il pas évident que la flaccidité, la mollesse, le relâchement de tous les tissus, chez les sujets faibles, chlorotiques, anémiques, sont des circonstances très-favorables à la production des vibrations qui leur sont communiquées par les ondulations et le frottement du sang dans l'intérieur des tubes artériels? Non-seulement on peut admettre que le tissu des artères elles-mêmes est moins dense et moins ferme; mais ce qui est plus positif, c'est que les artères sont moins exactement remplies, et par conséquent moins tendues chez les sujets dont nous parlons, qui ont peu de sang, que chez des individus forts et robustes, en plein état de santé, dont le système artériel est distendu par une quantité de sang surabondante. Les parois des artères s'ébranleront donc plus facilement dans un cas que dans l'autre, les secousses qu'elles reçoivent seront plus fortes et plus étendues et leurs vibrations plus prolongées. Tous les tissus environnans sont dans les mêmes conditions, et très-aptes à se mettre à l'unisson.

Voilà donc une des causes auxquelles ont peut attribuer une part dans la production du bruit de diable. Mais avant de nous expliquer sur les circonstances qui déterminent exclusivement ce bruit dans les artères carotides, nous devons examiner s'il n'était pas possible d'appuyer cette théorie sur des expériences directes. J'avais d'abord conçu l'espoir de reproduire ce phénomène à l'aide d'un appareil construit dans ce but, et dont je vais dire quelques mots, afin d'éviter à d'autres de repasser par un sentier que j'ai battu sans fruit, et de tourner dans le même cercle d'essais. D'ailleurs les faits négatifs ne sont pas toujours utiles à connaître dans les recherches expérimentales et les sciences d'observation.

Je disposai des tubes de caout-chouc réunis les uns aux autres, de manière à imiter grossièrement l'embranchement des artères carotides et sous-clavière, avec la crosse de l'aorte d'un côté; j'adaptai une petite pompe foulante à l'orifice principal de cet appareil, afin de faire circuler dans son intérieur un courant d'eau par jet saccadé et intermittent; l'autre extrémité plongeait dans un bassin à moitié rempli d'eau, pour éviter le bruit que fait un liquide en tombant d'une certaine hauteur dans un réservoir. L'appareil entier fut enveloppé de plusieurs couches d'étoupe, afin de présenter une certaine surface sur laquelle on pût appliquer le stéthoscope. Si le plus ou moins de sang qui circule dans les artères est une des circonstances qui concourent à donner naissance au bruit de diable, on pouvait jusqu'à un certain point reproduire cette condition, en adaptant à la pompe foulante, des ajustages d'un diamètre plus ou moins étroit, suivant le calibre des tubes de caout-chouc. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir que mon appareil ainsi disposé, n'imitait qu'une des nombreuses circonstances qui accompagnent dans la nature le phénomène que je voulais expliquer, encore cette imitation même était-elle incomplète et sujette à erreur. En effet, ce n'est rien que d'avoir un courant d'eau plus ou moins fort dans des tubes flexibles; sans parler de la différence des liquides, dont la nature et les qualités ne sont peut-être pas indifférentes dans le cas dont il s'agit, quel rapport y a-t-il entre des tubes de caout-chouc d'une élasticité médiocre, et les parois artérielles parfaitement souples et extensibles, entre l'enveloppe de mon appareil, et les tissus au milieu desquels sont plongées les artères? Combien il est difficile d'éviter que de l'air ne s'introduise dans l'intérieur des tubes, et ne vienne changer toutes les conditions de l'expérience, car la moindre bulle de fluide élastique adhérente aux parois d'un conduit, peut y déterminer des vibrations d'une intensité particulière. On peut dire, à propos de ce dernier fait, que s'il était possible d'admettre avec les anciens la présence, même en petite quantité, de l'air dans les artères, la question que nous traitons changerait de face et deviendrait plus facile à décider.

Le seul effet bien marqué que j'aie obtenu de mon appareil, est le bruit de soufflet dont j'ai parlé plus haut, au moyen de la compression.

Mais si cette expérience est trop difficile, pour ne pas dire impossible, à faire d'une manière exacte, ne devrait-on pas observer quelque bruit analogue au bruit de diable, chez les individus que l'on a saignés abondamment, dans un cas de pneumonie par exemple? C'est ce que j'ai cherché, sans pouvoir le rencontrer d'une manière évidente. Dans ce cas, le système circulatoire est en effet désempli, mais cette circonstance isolée des autres, ne suffit pas pour mettre les tissus

dans un état de souplesse et de relâchement comparable à celui que l'on remarque chez les sujets anémiques et chlorotiques ; il n'y a qu'une affection chronique long-temps prolongée qui soit propre à constituer un état général éminemment favorable aux vibrations des tissus. Aussi, quelques individus mâles que l'on pourrait avec raison appeler chlorotiques, ont-ils offert à M. Bouillaud un bruit très-analogue au bruit de diable.

Nous devons rechercher maintenant quelles sont les causes locales qui favorisent à un si haut degré le bruit de diable, dans les artères carotides, à l'exclusion de toutes les autres. Pour moi, je n'hésite pas à rapporter principalement ces causes au larynx, auprès duquel les artères carotides sont situées.

Cet organe producteur de la voix, cet instrument éminemment propre aux vibrations, dont la cavité toujours pleine d'air peut être comparée à la caisse d'un tambour ou d'un violon me paraît devoir contribuer puissamment à renforcer les sons qui sont produits dans son voisinage par les ondulations sanguines et les vibrations artérielles. C'est une espèce de table sonore qui se met rapidement à l'unisson comme celle d'un piano.

Cette hypothèse que M. Bouillaud n'est pas éloigné d'adopter, est soutenue par des considérations que ce professeur a lui-même fait valoir dans son dernier mémoire sur ce sujet. En effet, je puis dès à présent établir cette règle, que toutes les causes qui placeront le larynx dans des conditions différentes de celles qui lui sont propres dans l'état ordinaire, auront la plus grande influence sur le degré d'intensité du bruit de diable. Ainsi, 1° que l'on saisisse cet organe entre les doigts, et qu'on l'éloigne de l'artère que l'on veut examiner, le bruit de diable perdra une grande partie de sa force, et ne fera plus entendre qu'un bruit sourd et confus ; dans quelques cas, il cessera même entièrement ; 2° que l'on invite le malade à faire un effort, à pousser comme pour aller à la garde-robe, de manière à comprimer l'air dans le larynx, et à rendre ainsi les parois de cet organe plus rigides, plus tendues, moins disposées à entrer en vibration, et le bruit de diable disparaîtra encore subitement. Nous avons fait très-souvent cette expérience qui réussit constamment.

On voit, d'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, que, si nous ne parvenons pas encore à expliquer positivement, par des expériences directes et palpables, la cause et la nature du bruit de diable, nous avons au moins étudié avec soin et fait connaître toutes les circonstances qui le favorisent ou qui tendent à l'affaiblir : c'était la seule méthode que nous pussions suivre pour éclairer une question obscure et compliquée.

Il ne me reste plus, pour compléter l'exposition de nos observations sur le bruit de diable, qu'à rappeler un fait qui tend à confirmer notre opinion sur l'influence que nous attribuons à la flaccidité et au défaut de plénitude, pour ainsi dire, des artères dans la production de ce bruit ; si l'on comprime avec un doigt l'artère carotide, de manière à ne pas suspendre complètement le cours du sang, mais seulement à distendre le vaisseau au point où l'on applique le stéthoscope, on annulle complètement le bruit de diable ; enfin, ce bruit s'affaiblit à mesure que la santé s'améliore, que, sous l'influence d'un régime tonique et fortifiant, les couleurs reviennent et les chairs reprennent leur fermeté. Nous l'avons vu même cesser entièrement dans quelques cas ; et c'est ce qui nous fait penser qu'on ne peut l'attribuer, à une lésion organique, proprement dite, du cœur ou des artères (1).

Le développement que je viens de donner à ces considérations sur le bruit de diable, me force à abréger la fin de ce compte rendu. Je ne parlerai des rhumatismes que pour faire observer que nous avons vu, dans plusieurs cas, le péricarde s'enflammer en même temps que les autres synoviales articulaires. M. Louis n'ayant pas noté cette coïncidence dans son excellent mémoire sur la péricardite, il était utile de faire cette remarque, afin d'engager à rechercher jusqu'à quel point cette affection peut se développer sous l'influence de la même cause qui produit le rhumatisme. Je dois dire aussi que le traitement antiphlogistique, auquel M. Bouillaud donne la préférence dans les cas de rhumatismes et qu'il applique avec énergie, me paraît encore le plus efficace de tous ceux que l'on peut employer ; sans doute il ne réussit pas toujours à arrêter promptement la marche de la maladie ; elle se reproduit quelquefois et envahit tour-à-tour les différentes articulations, à mesure qu'on la combat par les saignées ; mais souvent aussi nous l'avons vu céder complètement aux émissions sanguines générales et locales, et dans tous les cas celles-ci réussissent à calmer rapidement les douleurs. Si d'un côté au n° 15, de la salle de Saint-Jean-de-Dieu, M. Bouillaud montre un individu qui n'a été guéri qu'après la dixième saignée, on peut voir au n° 13 de la même salle, un homme affecté d'un rhumatisme chronique, pour lequel il a été traité pendant plusieurs mois dans un autre hôpital, et qui après deux larges saignées pratiquées le même jour, le rhumatisme ayant pris une forme fort aiguë, est entré en pleine et franche convalescence, sans qu'il soit survenu aucune rechute.

Deux cas de diabète portés au plus haut degré, se sont présentés dans nos salles, l'un chez un jeune cordonnier âgé de 28 ans, l'autre chez un tailleur d'environ 50 ans ; tous deux rendaient chaque jour des quantités énormes d'urine, laissant déposer à l'évaporation une matière blanche, sucrée ; tous deux avaient déjà subi dans d'autres services, tous les traitemens variés qui viennent échouer contre cette désespérante maladie. Chaque fois leur état s'était amélioré, pour revenir avec un nouveau degré d'intensité lorsqu'ils cessaient de suivre un régime convenable. Un moment nous nous

---

(1) Une jeune fille, présentant un bruit de diable assez beau, est maintenant couchée au n° 11 de la salle Sainte-Madeleine ; cette malade m'a offert une nouvelle occasion d'apprécier l'importance de ce symptôme. Quoique généralement assez pâle, cette fille paraît forte, et son état d'embonpoint m'eût décidé à la saigner pour diminuer l'espèce de congestion cérébrale dont elle se plaignait. Mais l'existence du bruit de diable détermina M. Bouillaud à la mettre à l'usage du fer et des toniques ; ce régime a déjà produit les meilleurs effets. (Al. D.)

sommes flattés d'avoir trouvé dans l'iode un modificateur assez puissant de l'économie, pour opérer quelque changement dans cette aberration de sécrétion; mais les accidens furent seulement diminués, et ces deux malades sortirent encore une fois de l'hôpital soulagés, mais non guéris.

Sur 7 cas d'ictère chronique 3 sont morts, et chez deux de ces sujets, nous trouvâmes le conduit cholédoque oblitéré par la présence d'un calcul biliaire. Cette lésion, toute mécanique, qui réclamerait pour sa guérison des moyens chirurgicaux, si les instrumens pouvaient pénétrer dans ces organes, nous parut être évidemment le point de départ de tous les désordres généraux consécutifs. Chez le troisième, le foie contenait une énorme quantité de matière tuberculeuse. Les affections bilieuses plus légères furent considérées, par M. Bouillaud, comme des gastro-duodénites, et traitées, par les émolliens et les antiphlogistiques.

J'aurais eu quelques histoires particulières de gastrites à rapporter; mais M. Bouillaud me permettra, vu la longueur de cet article, de les réserver pour un travail particulier, que je prépare sur cet objet, et dans lequel je tirerai des altérations que subit la salive, un nouveau moyen de diagnostiquer les affections de l'estomac.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

(JUILLET 1833.)

CONSIDÉRATIONS

SUR

QUELQUES OBSERVATIONS D'ÉCLAMPSIE OU CONVULSIONS

Des femmes pendant leur grossesse.

La lecture de l'article 593 de ce Journal a engagé plusieurs de nos confrères à nous adresser quelques observations d'éclampsie qui se sont présentées dans leur pratique, et qui toutes ont mis les jours de la femme dans un grand danger. La gravité de cette affection et l'incertitude des préceptes qui ont été donnés pour la combattre, nous déterminent à revenir sur ce sujet important en publiant quelques-uns de ces faits, et en insistant sur les circonstances les plus remarquables qu'ils ont présentées. Commençons d'abord par l'exposé d'un cas assez simple et dans lequel les accidens ont cessé au bout de quelques jours sans qu'on eût recours à la terminaison artificielle de l'accouchement. Cette observation nous est communiquée par M. Gouvion, docteur en médecine à Bischwiller (Bas-Rhin).

Une femme de la campagne, âgée de dix-neuf ans, fortement constituée, primipare, et enceinte de cinq mois et demi, fut prise, sans cause connue, en décembre 1832, de convulsions si fortes, que les bonnes gens qui l'assistaient la crurent ensorcelée. L'officier de santé du village se contenta de pratiquer une saignée, et d'ordonner la liqueur anodine d'Hoffmann; les accès augmentèrent en intensité. Il fut appelé de nouveau; mais, craignant de compromettre la vie de l'enfant par une médication trop active, il n'employa aucune traitement. Le mari, alarmé par la force des symptômes, vint réclamer mes soins. A mon arrivée auprès de la malade, je fus témoin d'un accès : tous les muscles de la face et du corps étaient dans un état convulsif difficile à décrire, et la tuméfaction énorme du visage et du cou rendait cette femme presque méconnaissable. Les yeux roulaient d'abord dans leurs orbites avec une vitesse extrême, puis ils devenaient tout-à-coup fixes et immobiles; les pupilles étaient dilatées, la bouche écumeuse, la respiration saccadée et plaintive, le pouls serré et concentré, la tête fortement déjetée en arrière. La malade criait, mordait, se tordait les membres d'une manière effrayante, se roulait en tous sens, déchirait tous les objets qu'elle pouvait atteindre, et quelquefois plusieurs personnes étaient obligées de la contenir. L'accès se terminait par une grande prostration et une pâleur cadavérique.

Des frictions avec l'huile de jusquiame furent faites dans les aines à des intervalles rapprochés, et la potion suivante fut administrée par cuillerée d'heure en heure: (*Eau de valériane, deux onces; eau de fleurs d'oranger, une once; teinture d'assa fœtida, un demi-gros; teinture thébaïque, vingt gouttes; sirop de pivoine, une once*); amendement marqué dans tous les symptômes. La même potion fut continuée, et l'éclampsie, cessant par degré, n'a pas reparu depuis cette époque. Les convulsions avaient duré huit jours.

Nos lecteurs auront sans doute remarqué que les symptômes de cette éclampsie furent un peu différens de ceux que l'on observe dans le plus grand nombre de cas; en effet la plupart des malades ne se roulent pas avec fureur en déchirant tous les objets qu'elles saisissent, le plus souvent les membres se tordent seulement sur eux-mêmes et s'agitent dans deux sens comme on l'observe dans l'épilepsie. Les mouvemens ne sont pas désordonnés comme dans certaines convulsions hystériques, ils sont plus réguliers et moins étendus. Au reste cette circonstance était peu importante, car les autres symptômes caractérisaient suffisamment l'éclampsie.

Quelque violens que fussent les accidens, ils ont cédé à l'emploi de quelques antispasmodiques, et la grossesse a parcouru ses périodes ordinaires; dans les observations qui vont suivre, des manœuvres ont été nécessaires pour terminer l'accouchement et mettre fin aux convulsions qui menaçaient la vie de la mère.

M. Buzairies, docteur en médecine à Limoux (Aude), nous adresse le fait suivant :

Madame H...., âgée de trente-six ans, d'une constitution forte, mais fatiguée par dix accouchemens à terme et trois fausses couches, était arrivée à la fin du huitième mois d'une nouvelle grossesse, au mois d'août 1832. Des accès nerveux, dits hystériques, venaient fréquemment indisposer cette dame, ce qui ne

l'empêchait pas cependant de se livrer sans relâche à des travaux pénibles. Le 13 août, les flammes d'un violent incendie où était accouru son mari l'épouvantèrent tellement, qu'on fut obligé de la transporter presque mourante dans son lit. Appelé auprès d'elle, je fus témoin de quelques accès d'éclampsie, dont il est inutile d'énumérer tous les symptômes; il suffira d'indiquer les suivans; raideur tétanique des membres, violentes secousses des muscles du tronc; flexion du rachis tantôt en avant, tantôt en arrière; pouls presque imperceptible, intelligence abolie ou désordonnée, puis à ces mouvemens convulsifs succédait un coma profond. Les contractions utérines ne tardèrent pas à s'annoncer, et l'enfant s'agita avec vivacité jusqu'à l'époque de l'écoulement des eaux de l'amnios; les membranes devinrent le siége de crampes douloureuses, s'édématièrent et se couvrirent de nombreuses varices; l'état de la malade devenait chaque jour plus affligeant.

Le 20 août, un médecin fut appelé en consultation, et conseilla : *Onctions sur l'abdomen avec une pommade composée d'extrait de belladone, frictions sur les cuisses avec la teinture antispasmodique de Chrétien, potion où entrait le sulfate de quinine pour relever et soutenir les forces.* Cette médication ne fut suivie d'aucun effet avantageux, et on ne tarda pas à l'abandonner. Le col de l'utérus était alors épais et ramolli; la dilatation de son orifice à peu près suffisante pour permettre l'introduction du doigt indicateur, cependant les douleurs conservaient encore de l'énergie. On donna les préparations d'éther et d'opium, les émolliens sous diverses formes, des boissons acidulées adoucissantes et légèrement nutritives. Ces moyens calmèrent peu à peu les accidens, et le 8 septembre, dans la matinée, les membranes se rompirent; il s'écoula une grande quantité d'eau, mais l'état du col resta le même. Les douleurs ayant tout-à-fait cessé, il fallut bien se décider à terminer l'accouchement, si l'on ne voulait voir la femme succomber; je procédai donc à l'opération de la manière suivante :

Les trois premiers doigts réunis de la main droite furent introduits dans le vagin, et poussés jusqu'au museau de tanche; l'indicateur pénétra dans son orifice, le distendit en divers sens, et fit peu à peu de la place pour un second doigt: ces deux doigt écartés facilitèrent l'introduction d'un troisième, et enfin les trois doigts réunis permirent d'introduire la main entière. Parvenu ainsi, quoique avec peine dans l'utérus, je ne sentis que très-faiblement le col et le corps de cet organe se contracter sur ma main. Je rencontrais partout les membranes de l'enfant relâchées et collées contre son corps, et je ne pouvais, par aucun moyen, les traverser ni découvrir la déchirure par où les eaux s'étaient écoulées. Il fallut songer à aller joindre le placenta déjà détaché sur plusieurs points, et pénétrer à travers son tissu jusque dans la cavité amniotique. La version et la délivrance furent alors exécutées sans difficulté.

L'enfant ne donna long-temps aucun signe de vie; les frictions sur le thorax, l'application de linges chauds ne produisant aucun effet, on eut recours aux aspersions d'eau froide sur le corps, et à l'insufflation de l'air dans les bronches, et ces moyens le rappelèrent peu à peu à la vie. Cet enfant a donc résisté pendant vingt-cinq jours aux convulsions de sa mère, aux contractions multipliées de la matrice, et aux mouvemens violens qu'il exécutait lui même; il a résisté enfin à la suspension de la circulation ombilicale, puisque le placenta semblait décollé depuis long-temps.

La mère, après avoir été délivrée, passa une nuit tranquille : mais le lendemain des signes de métrite se déclarèrent, puis ceux d'une péritonite. La fièvre de lait s'annonça avec un état fébrile et un coma très-intenses; les lochies furent supprimées plusieurs fois; il fallut recourir, à plusieurs reprises, aux émissions sanguines locales et aux émolliens sous toutes les formes. Des accès d'éclampsie se montrèrent encore; enfin une gastro-entérite succéda à tous ces accidens. La sécrétion du lait fut supprimée; peu après de nombreux abcès d'un petit volume se formèrent aux aines, au pubis, au péricrane; à peine étaient-ils ouverts, de nouveaux se formaient encore; les ganglions lymphatiques du cou se tuméfièrent, et enfin la leucorrhée reparut ainsi que les menstrues; plus tard il survint quelques hémorrhagies utérines. Aujourd'hui cette dame conserve encore une entéro-métrite chronique qui, à la vérité, existait déjà à un faible degré avant sa dernière grossesse.

Les considérations pratiques qui découlent de cette observation sont si frappantes, qu'il est à peine besoin d'en faire ressortir quelques-unes. La science possède peu d'exemples d'éclampsie dont la durée ait été aussi longue, et surtout qui se soit terminée d'une manière aussi heureuse pour la mère et pour l'enfant. N'est-il pas extraordinaire, en effet, que la vie se soit conservée chez ce dernier après d'aussi longues et d'aussi violentes convulsions, quand il est si fréquent de voir tous les mouvemens du fœtus cesser, pour ne plus se reproduire, après une légère attaque d'hystérie chez une femme dans les derniers mois de sa grossesse? On en peut dire autant du bonheur avec lequel la mère a résisté, pendant une longue suite de jours, à des accidens si formidables qui amènent souvent la mort en quelques heures.

C'est donc surtout sous le rapport de la durée et de l'heureuse terminaison de la maladie que cette observation nous semble d'un haut intérêt; des faits de ce genre doivent guider plus sûrement les praticiens dans des cas difficiles, que les préceptes les plus précis donnés par les auteurs, et qui ne peuvent plus recevoir leur application quand les circonstances ont varié.

On a vu, dans cet exemple, des accès d'éclampsie survenir même après la délivrance; il n'est pas rare, en effet, que la matrice étant débarrassée du produit de la conception, la congestion cérébrale continue; l'état comateux, dans lequel tombent alors les femmes, est peut-être plus fâcheux encore que les accès d'éclampsie qui surviennent avant l'accouchement. Le fait suivant, qui nous est adressé par M. Maugeis, docteur en chirurgie, à Herblay (Seine-et-Oise), en est un exemple fort remarquable.

Le 18 février 1830, je fus appelé sur les sept heures du matin pour donner mes soins à la femme Bonneau, demeurant à Herblay, et âgée de dix-neuf ans, n'ayant pas eu ses règles depuis l'âge de quatorze ans, époque

à laquelle le flux menstruel s'était montré pour la première fois. Après avoir éprouvé, pendant une partie de la nuit, de violentes coliques et des pesanteurs de tête, elle avait tout-à-coup perdu connaissance; à mon arrivée, elle commençait à reprendre ses sens, une bave mousseuse et sanguinolente lui sortait de la bouche, la langue était couverte d'un enduit jaunâtre, la face gonflée et rouge, les lèvres violettes, le pouls plein et vif. Je pratiquai aussitôt une saignée de douze onces, ce qui parut dégager un peu la tête de la malade mais comme elle se plaignait beaucoup de coliques je palpai l'abdomen, et, le trouvant un peu élevé et plus arrondi que dans l'état ordinaire, je lui demandai si elle se croyait enceinte; sa réponse fut négative, parce que, me dit-elle, « Je ne suis pas réglée; » mais le toucher leva bientôt tous mes doutes en me montrant la poche des eaux faisant hernie au travers le col de la matrice, qui était mou et à moitié dilaté.

Au bout d'une heure, je fus témoin d'un succès d'éclampsie. Dès que la malade fut revenue à elle je réitérai la saignée et prescrivis une potion calmante. Une heure après, nouvel accès convulsif. Voyant que le travail languissait, je rompis la poche des eaux; aussitôt le cordon ombilical se présenta à l'orifice du vagin; on n'y sentait aucune pulsation. L'enfant était placé en travers, présentant la face antérieure du tronc. Une demi-heure après l'écoulement des eaux, la malade fut prise de convulsions beaucoup plus violentes que les premières, et qui ne furent point suivies du retour de la connaissance : c'est de ce moment, dix heures du matin, que date le commencement véritable de l'éclampsie.

Croyant qu'en terminant promptement l'accouchement je ferais cesser l'irritation cérébrale, j'essayai d'introduire ma main dans la matrice, et n'y parvins qu'avec beaucoup de peine, à cause des mouvemens convulsifs de la malade et des contractions utérines. Enfin après dix minutes de manœuvres pénibles, j'opérai la version de l'enfant, qui était mort et paraissait âgé de six mois. Le placenta sortit en même temps. Il s'écoula par la vulve moins de sang que d'ordinaire pendant ces sortes d'opérations. La malade, replacée sur son lit, resta plongée dans un profond coma. Des sinapismes furent appliqués aux pieds; je prescrivis un lavement stimulant et de douces frictions répétées sur la région hypogastrique.

Sur les cinq heures de l'après-midi, je revins auprès d'elle, et la trouvai toujours plongée dans un état comateux; elle avait eu quatre accès convulsifs; les lochies ne coulaient point, les parties étaient sèches. J'appliquai un large vésicatoire à la partie interne de la cuisse droite.

A neuf heures la malade est plus agitée; elle a les yeux ouverts et le globe oculaire tourné en haut, le pouls intermittent; les boissons ne passent plus, et les urines coulent continuellement goutte à goutte; tout annonce une fin prochaine. Six sangsues sont appliquées à chaque tempe, et un sinapisme au mollet gauche. A peine les sangsues sont-elles attachées, que la malade a une violente crise accompagnée d'un hoquet convulsif et de cris aigus; une chassie épaisse s'écoule des yeux. A cet état succède un léger calme de dix minutes, au bout desquelles les convulsions recommencent avec une intensité encore plus grande; les membres se tordent, on les entend craquer, la bouche est béante, les yeux roulent continuellement dans leurs orbites avec une rapidité étonnante; l'aspect de la malade est si effrayant, qu'une dizaine de personnes présentes s'enfuient en lui disant un dernier adieu.

Seul, impassible au milieu de cette scène de douleur, je comptais les pulsations du pouls, qui, toujours intermittentes, ne me laissaient plus d'espérance; j'eus enfin l'idée d'appliquer de la glace sur la tête, et comme il gelait très-fort à cette époque, je m'en procurai promptement. Ayant rempli un sachet de glace pilée, je l'appliquai sur la tête de la malade, puis je fis mettre en même temps un cataplasme de farine de graine de lin bien chaud sur le bas-ventre, afin d'opérer une révulsion salutaire vers les parties génitales.

Le lendemain matin, 19, à ma visite, je trouvai cette femme beaucoup plus calme; elle n'avait eu qu'un seul accès convulsif. Le coma dans lequel elle était plongée ressemblait à un sommeil profond; le pouls vif était sans intermittence, et ne donnait que soixante-seize pulsations par minute; cependant la malade ne pouvait encore avaler aucun liquide. Douze sangsues furent appliquées de nouveau aux tempes, et l'on continua l'usage de la glace, que les parens avaient cru devoir interrompre depuis quelques heures.

A midi, la malade commençait à boire avec facilité. Je prescrivis la mixture suivante, pour tâcher d'appeler une dérivation salutaire sur les intestins.

Eau distillée de fenouil, une once;
Eau de menthe poivrée, une demi-once;
Huile de ricin, deux onces;

à prendre en deux fois, à un quart d'heure de distance.

Le soir, il y avait un mieux sensible. Elle avait donné un léger signe de connaissance; cependant le coma continuait toujours. Je fis suspendre les applications de glace pendant deux heures, afin qu'en y revenant leur effet fût plus sensible, et j'ordonnai de renouveler les sinapismes.

Enfin le 20, sur le midi, la malade recouvra l'ouïe, deux heures après, elle reprit l'usage de la parole, mais la vue ne revint que le lendemain sur le soir. La vessie ne reprit ses fonctions que le 22.

La malade se plaignant d'une grande faiblesse et de fréquens bourdonnemens d'oreille, j'ordonnai la potion suivante, à prendre par cuillerée toutes les demi-heure.

Eau distillée de tilleul, quatre onces;
Vin de quinquina, deux onces;
Teinture de musc, un demi-gros;
Sirop d'écorce d'orange, une once.

Le mieux se soutint à partir de cette époque, et quinze jours suffirent pour amener cette femme à la convalescence; cependant il se manifesta une assez large escarre gangréneuse à la partie supérieure et externe de la cuisse. Sa chute laissa une plaie inégale de la largeur de la paume de la main, qui se cicatrisa en dix jours.

M. Maugeis attribue en grande partie le succès qu'il a obtenu, aux applications de glace sur la tête; nous pensons que c'est un moyen précieux, qui n'est peut-

être pas mis assez fréquemment en usage dans l'éclampsie; il est certain que lorsqu'on a dégagé le cerveau autant que possible par de larges émissions sanguines, la glace doit avoir une action bien prononcée sur un organe qui est plutôt le siége d'une congestion que d'une inflammation. Ce cas est fort remarquable par la persistance des accidens après la terminaison de l'accouchement; quoique les accès d'éclampsie n'aient duré que cinquante-six heures, leur violence et leur intensité ont dû mettre la malade bien près du tombeau et le médecin dans une grande perplexité sur le choix des moyens à employer.

Il est peu de maladies plus graves et qui demandent un traitement plus actif. Dans les trois observations que nous venons d'exposer on a pu voir la liste de presque tous les moyens curatifs préconisés, et on a vu surtout leur emploi dans des circonstances où leur action a pu sainement être appréciée. Dans les deux premières, les antispasmodiques ont semblé avoir quelque influence sur la terminaison de la maladie : cependant nous ferons observer que les accoucheurs de nos jours semblent ajouter peu de confiance à ce moyen, et que pour eux les véritables antispasmodiques dans l'éclampsie sont les saignées, les révulsifs, la glace sur la tête et surtout la terminaison de l'accouchement.

DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE

CONTRE

LES CONTRACTIONS NERVEUSES DE L'UTÉRUS, CELLES DU CANAL DE L'URÈTRE ET DE L'ANNEAU INGUINAL.

Article communiqué

Par M. Carré,

Docteur en médecine, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Briançon.

Les propriétés de la belladone, *atropa belladona*, n'ont pas encore été bien étudiées : on a cependant reconnu que c'était un poison violent, dont les effets se portent principalement sur le système nerveux, et que l'on ne doit administrer à l'intérieur qu'avec réserve. A l'extérieur on l'emploie en décoction et en extrait; son action a été marquée par des succès contre les affections nerveuses et contractions de même nature. C'est un médicament qui doit être étudié et peut devenir un moyen thérapeutique précieux.

On connaît l'emploi que font les oculistes de l'extrait de belladone pour produire la dilatation permanente de la pupille oculaire : ses effets sur l'œil ont conduit par analogie à employer ce médicament dans les maladies nerveuses qui affectent contractivement d'autres organes, et cette application a été couronnée d'un grand succès. Nous appelons sur ce médicament l'attention des médecins et chirurgiens. Quelques observations mettront sur la voie de son emploi.

Dans la pratique des accouchemens, on rencontre souvent des obstacles insurmontables à la sortie du fœtus. Les causes en peuvent être les contractions de la matrice, et surtout celles de son col, qui comprime le corps ou les membres de l'enfant. On a employé dans ces cas, la saignée, les bains et demi-bains, ainsi que les antispasmodiques de toute nature; ces moyens, dont l'action est souvent lente et inefficace, occasionnent toujours une perte de temps considérable. On a conseillé aussi d'inciser profondément le col de l'utérus, ce qui peut causer la mort ou de graves accidens.

La rigidité du col de l'utérus n'est pas toujours due à l'engorgement sanguin, mais souvent la complique; alors la saignée est indiquée. Mais on doit reconnaître que le système nerveux joue souvent un grand rôle dans la production de cet accident, eu égard à la susceptibilité nerveuse dont est douée la matrice, laquelle entre en contraction à la moindre irritation.

C'est donc contre les affections nerveuses de l'utérus que doivent être portés le plus directement possible les agens thérapeutiques les plus énergiques : les accoucheurs ne doivent recourir aux opérations majeures qu'autant que les autres moyens auront échoué.

Les journaux de médecine de 1830 ont fait mention d'une observation d'accouchement rendu difficile par la contraction du col de l'utérus sur les membres supérieurs de l'enfant, lequel périt sans qu'on eût pu l'extraire. Un cas semblable est également cité, qui a nécessité l'amputation des deux bras de l'enfant, qu'on présumait mort, afin de pouvoir sauver la mère; l'enfant après sa sortie a vécu, et l'accoucheur a été poursuivi juridiquement pour cette mutilation. Dans ces observations il est fait mention de tous les moyens mis en usage, mais non de la belladone, qui, si on l'eût employée, aurait peut-être évité de semblables et funestes accidens; le seigle ergoté n'a pas même été essayé (1). Les observations suivantes peuvent être sinon concluantes, au moins confirmatives de ce que nous avançons.

CONTRACTIONS UTÉRINES

OCCASIONÉES PAR ATTOUCHEMENS ET EXCITATIONS,

Emploi de la belladone, accouchement.

Madame B***, de forte complexion, d'un certain embonpoint, bien conformée, avait déjà mis au monde

---

(1) La première de ces observations, qui nous avait été communiquée par le docteur Carteaux, est un cas bien remarquable d'accouchement impossible chez une femme bien constituée; mais l'extrait de belladone, et encore moins le seigle ergoté, ne pouvaient aucunement être proposés. Il s'agissait en effet d'une contraction permanente du *corps* de la matrice sur un enfant dont les bras tombaient dans le vagin; le col était bien suffisamment dilaté, mais il était absolument impossible de faire pénétrer la main entre le tronc de l'enfant et les parois de l'utérus, qui le pressaient de toutes parts. On ne pouvait donc employer la belladone qu'en frictions ou en cataplasmes

deux enfans sans obstacles. Elle devint enceinte pour la troisième fois. La grossesse parcourut toutes ses périodes sans accidens. Le moment de l'accouchement arrivé, une sage-femme fut appelée ; elle reconnut au toucher que la parturition était proche. Les douleurs se multipliant en vain, la poche des eaux s'étant rompue, la malade était dans des angoisses et anxiétés cruelles. La sage-femme voulut hâter la délivrance, en cherchant à dilater avec ses doigts le col de l'utérus. Cette manœuvre imprudente augmenta l'irritation, et détermina les contractions de l'utérus ; ce qui occasiona des convulsions. Inquiète de cet état, elle se détermina à réclamer l'assistance d'un homme de l'art : je fus appelé.

A mon arrivée, je trouvai la malade en danger, les douleurs expulsives cessées, le col de l'utérus dur et resserré. Je pratiquai sur-le-champ une saignée, et fis placer la malade dans un bain : ce qui ne produisit que la diminution des convulsions ; les contractions du col étant les mêmes, je me rappelai les conseils du professeur Chaussier, et je fis préparer la pommade suivante : Extrait de belladone, 8 grammes, délayé dans suffisante quantité d'eau et trituré avec soixante-quatre grammes de cérat.

J'en frictionnai le col de l'utérus à la quantité de deux à quatre grammes, chaque demi-heure : à la troisième friction le col se trouva suffisamment assoupli et dilaté ; en sorte que je pus opérer la délivrance par la version, vu l'absence des contractions utérines. L'enfant était dans un état voisin de l'asphyxie ; ce qui m'engagea, après la section du cordon ombilical, à laisser écouler une certaine quantité de sang, qui suffit pour le rappeler à la vie. La mère fut facilement délivrée ; le rétablissement fut long, vu la grande faiblesse.

CONSTITUTION NERVEUSE ;

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ;

Contraction du col de l'utérus, qui a cédé à l'emploi de la belladone.

Adélaïde Duranti devint enceinte, pour la première fois, à l'âge de vingt-un ans. Elle était grande, bien conformée, d'une complexion nerveuse. Vers le huitième mois de sa grossesse, elle fut prise de convulsions, déterminées par un accès de colère dû à l'inconstance de l'auteur de sa grossesse. Les premiers symptômes de la parturition se manifestèrent immédiatement, les douleurs s'accrurent, la poche des eaux se rompit, et depuis plus de deux heures le travail avait cessé, lorsque je fus appelé : l'enfant présentait un bras, sur lequel le col de l'utérus était contracté violemment ; en sorte qu'il était impossible d'introduire la main dans la matrice. Comme chez la malade de la première observation, je pratiquai une saignée, et fis emploi de la pommade de belladone : à la quatrième friction le col se trouva dilaté ; en sorte que je pus opérer la version sans grande difficulté et extraire un enfant mort. La mère se rétablit promptement.

Ces deux observations confirment l'efficacité de la belladone dans les cas d'empêchement de l'accouchement par cause de contraction et rigidité de l'utérus. Les observations suivantes en confirment également les succès dans les hernies étranglées.

Dans nombre de cas l'étranglement des hernies n'est pas dû à l'étroitesse de l'anneau inguinal, mais à ses contractions sur les parties herniées. Les bains ont parfois suffi pour le relâcher ; souvent aussi, après de longues et infructueuses tentatives de réduction, on a dû recourir à l'opération pour sauver les jours du malade.

M. Guérin père, chirurgien-major de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ayant pensé que les contractions de l'anneau inguinal pourraient céder à l'emploi des narcotiques, imagina l'introduction dans l'urètre d'une bougie enduite d'un mélange *d'extrait gommeux d'opium et de jusquiame de trois à quatre grains chaque*, qu'il laissa à demeure : le résultat en fut la faiblesse du malade, des baillemens, et peu après le relâchement de l'anneau, ce qui facilita la réduction des parties herniées. Dans des cas de hernie étranglée, compliqués de douleurs, j'ai employé la pommade de belladone, et le résultat en a été non-seulement la cessation des douleurs, mais encore la dilatation de l'anneau et la rentrée facile de la hernie.

HERNIE ÉTRANGLÉE ;

CONTRACTION NERVEUSE DE L'ANNEAU ;

Réduction facile après l'introduction dans l'urètre d'une bougie enduite d'extrait de belladone,

Au mois de mai 1825, je fus appelé pour le nommé Vivien (Jean-Baptiste), menuisier, qui, à la suite d'efforts pour lever un fardeau, se trouva atteint d'une hernie volumineuse inguinale gauche. Un officier de santé en avait tenté la réduction sans y avoir pu parvenir, la saignée et les bains n'ayant eu aucun résultat, je songeais déjà à pratiquer l'opération, lorsque je me rappelai le moyen indiqué par M. Guérin. Je plaçai dans l'urètre la bougie enduite du médicament, et à peine une demi-heure s'était écoulée, que je pus réduire la hernie, laquelle fut maintenue par un bandage ; peu de jours après, le malade put reprendre ses occupations.

---

sur les parois abdominales, et il est douteux que son action s'étendît de cette manière jusque sur les fibres de la matrice. Quant au seigle ergoté, il eût bien fallu se donner de garde de l'administrer dans l'un et l'autre cas, les positions étant vicieuses, et une manœuvre devenant indispensable pour terminer l'accouchement.

(*N. du R.*)

HERNIE ÉTRANGLÉE,

VOMISSEMENS ;

Violentes douleurs qui ont cédé à l'emploi de la pommade de belladone; réduction facile.

Un militaire portait depuis plusieurs années une hernie du côté gauche que maintenait un bandage. En franchissant un fossé, le ressort se rompit, la hernie augmenta, et fut étranglée. En proie à de violentes douleurs, compliquées de vomissemens, il y avait environ vingt-quatre heures qu'il était dans cet état lorsque je fus appelé. Je pratiquai sur-le-champ une saignée, et fis placer le malade dans un bain sans aucun succès, la hernie ne pouvant être réduite, le taxis exaspérant les douleurs. Je songeai à appliquer la pommade de belladone en frictions sur la tumeur, que je recouvris ensuite d'un cataplasme. L'effet en fut prompt; une demi-heure à trois quarts d'heure suffirent pour faire cesser les douleurs ; elles étaient tellement diminuées que je tentai la réduction, qui fut très-facile. Je remarquai alors que l'anneau s'était très-dilaté, ce que j'attribuai à la belladone, ainsi que la facilité de la réduction.

Un armurier d'une ex-légion eut sa hernie étranglée peu de temps après le sujet de ladite observation. N'ayant pu la réduire par les moyens ordinaires, je répétai l'emploi de la pommade de belladone avec un égal succès. Depuis lors je n'ai plus eu occasion d'en faire usage.

Souvent les rétentions d'urine reconnaissent pour cause les contractions spasmodiques de l'urètre, et non des développemens organiques morbides. Les bains, les saignées générales et locales, les cataplasmes émolliens et narcotiques, ont parfois produit de bons effets ou échoué. Dans un cas de ce genre, la pommade de belladone et autres préparations ont réussi au-delà de mes espérances.

RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE

DE L'URÈTRE

Dissipé par les frictions avec l'extrait de belladone.

M. Eugène Bellaye me fit appeler pour une rétention d'urine qui le faisait cruellement souffrir depuis vingt-quatre heures. La saignée et les bains n'eurent aucun effet avantageux. Je voulus le sonder, mais ne pus faire pénétrer l'algalie que d'environ deux pouces : la contraction s'exerçait sur elle avec force. Comme le malade urinait facilement avant cet accident, je pensai que je n'avais affaire qu'à une contraction nerveuse, et non à un rétrécissement : alors je frictionnai le gland avec la pommade de belladone, en introduisis sous le prépuce, et appliquai sous le périnée un cataplasme de mie de pain cuite dans une décoction de feuilles de cette plante, que j'arrosai, de plus, avec une solution de son extrait. Au bout d'une heure ou deux, le malade commença à uriner lentement, ce qu'il fit plus rapidement ensuite : en sorte qu'à la troisième heure il eut totalement évacué son urine. Des bains et des boissons émollientes antispasmodiques complétèrent le traitement, et quarante-huit heures après, le malade ne ressentait plus rien de cet accident : depuis lors il n'a éprouvé aucune récidive.

Je pense, d'après des faits et les bons résultats obtenus par les préparations de la belladone, qu'on peut ranger ce médicament en tête des substances dont l'action agit spécialement sur le système nerveux, puisqu'elle calme les douleurs et diminue les spasmes ou contractions. Ce médicament demande encore à être étudié, et j'espère qu'il deviendra un moyen précieux entre les mains des médecins et chirurgiens, et que par son emploi on aura moins fréquemment recours à des manœuvres et opérations trop souvent dangereuses.

Le 15 août 1831, ce mémoire a été adressé à la Société royale de Médecine de Toulouse. Le rapporteur, M. Fourquet, s'exprimait ainsi : « Guidé par les témoignages les plus honorables, M. Carré a eu recours, dans plusieurs circonstances, à l'emploi de la belladone, et les avantages qu'il en a retirés l'ont engagé à vous communiquer à ce sujet les résultats de son expérience, etc.....» Les faits et observations datent de plusieurs années. Ainsi le mémoire de M. le docteur Gouvion, inscrit sous le n° 617 du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, n'a point la priorité sur mon travail ; il ne fait qu'en confirmer les faits, ainsi que les articles 11, 16, 88, 177, 179 et 414. J'ai dans le temps annoncé à M. le rédacteur de ce Journal que je me disposais à lui faire part de ce mémoire, après le jugement qu'en aurait porté la Société de Médecine de Toulouse, s'il m'était favorable ; ce que je fais aujourd'hui, pensant qu'il peut offrir assez d'intérêt pour trouver place dans son recueil.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

JUILLET, 1833.

GAZETTE DU 6. N° 54.

ÉPIDÉMIES.

Mémoire sur la pneumonie rémittente épidémique, qui a régné pendant l'hiver de 1832 dans le canton d'Aubin, departement de l'Aveyron; par M. le docteur GRIFOULIÈRE, de Flanhac (Aveyron) (1).

Le canton d'Aubin, situé sur une limite septentrionale du département de l'Aveyron, offre, entre de nombreuses montagnes couvertes d'arbres vigoureux, des coteaux abrités et fertiles, des plaines également riantes, arrosées par des ruisseaux et des rivières d'un cours rapide, sans aucun marécage, sans eaux stagnantes. Jusqu'ici les fièvres d'accès y avaient été très-rares; mais, depuis environ deux ans, on en a observé assez souvent dans les plaines de Lassalle, et même en des points assez élevés sur les coteaux qui les environnent. C'est dans ces dernières plaines qu'ont été construits, depuis environ trois ans, six hauts-fourneaux considérables pour la fonte du fer, et de vastes réservoirs qui, recevant l'eau d'un ruisseau voisin, la retiennent en tout temps pour l'usage de la forge.

Les habitans de ce canton, adonnés à des travaux rudes et pénibles, ont de tout temps été très-sujets à l'inflammation des organes pulmonaires, et, par dessus tous les autres, ceux qui habitent les montagnes. Quand on arrive auprès d'un pneumonique qui a passé la cinquantième ou la soixantième année, l'on apprend assez souvent qu'il a été affecté de la même maladie deux, trois, quatre fois en sa vie : plusieurs ont une pneumonie tous les hivers.

D'après ces constitutions locales, les médecins du pays n'auraient pas été étonnés qu'une pneumonie ordinaire fût généralement répandue. Mais ce ne fut pas sans une grande surprise qu'ils virent éclore une épidémie dans laquelle l'affection pulmonaire paraissait le plus souvent ne pas être la principale chose à considérer. En effet, l'expérience ne tarda pas à prouver que le traitement qui réussit ordinairement contre la pneumonie était infructueux dans les circonstances actuelles, quelquefois même nuisible; mais que la maladie cédait, au contraire, comme par enchantement, à d'autres remèdes, généralement reconnus pour être directement opposés à l'inflammation du poumon, comme à celle de tout autre organe. L'on fut donc amené à conclure que, dans l'épidémie actuelle, il existait avec la maladie locale une infection générale qui semblait en être la cause, et que si celle-ci attaquait de préférence les poumons dans le plus grand nombre de cas, c'était parce qu'ils étaient l'organe le plus faible, d'après les dispositions individuelles dont nous avons déjà parlé. Aussi vit-on l'épidémie laisser quelquefois le poumon dans son intégrité, et se montrer ouvertement sur d'autres organes par des caractères qui ne permettaient pas non plus de la méconnaître. Bien plus, dans quelques cas, elle abandonna brusquement l'organe qu'elle s'était choisi d'abord pour en attaquer un second, qu'elle quittait aussi à son tour quelquefois pour reprendre son premier siége ou se porter ailleurs. Du reste, les affections locales diverses qu'elle entraîna à sa suite ne suivaient pas la marche qu'on leur reconnaît quand elles sont simples. Quelquefois elles parcouraient plus lentement leurs périodes, et semblaient même rester comme en suspens. Mais plus souvent leurs progrès étaient rapides, et l'on vit des abcès formés en 24 ou 36 heures dans une oreille, dans le moignon d'une épaule, dans un côté du cou. Le pus,

(1) L'excellent mémoire qu'on va lire a servi de sujet de thèse à son auteur pour recevoir le grade de docteur. Ce n'en est pas moins un travail d'une haute importance pratique et qui dénote un observateur consciencieux et éclairé. Nous en conseillons la lecture à tous les médecins qui prétendent qu'il n'y a jamais eu de pneumonies dans lesquelles la saignée était nuisible, c'est-à-dire d'une nature particulière, ou dont le fond fût différent de ce qu'il est dans les pneumonies franchement inflammatoires, tout en offrant la forme propre à ces dernières. Jamais argument n'est venu plus invincible et plus à propos pour confirmer ce que nous avons avancé il y a quelques mois dans notre discussion sur les constitutions médicales avec M. le professeur Bouillaud. Nous prions cet honorable confrère de nous dire, après avoir lu le mémoire de M. Grifoulière, s'il reconnaît avec nous que les maladies peuvent, avec les mêmes formes, changer de nature sous l'influence des constitutions médicales, et repousser l'emploi de moyens qui auraient réussi dans les circonstances ordinaires.

qui tantôt s'ouvrit une issue de lui-même, tantôt dut être évacué par l'instrument tranchant, était séreux, mal élaboré. Les douleurs, assez supportables d'ailleurs dans l'intervalle des paroxysmes, devenaient affreuses au moment de l'exacerbation; il semblait alors aux malades que des chiens, disaient-ils, les dévoraient dans le lieu affecté. Quelques pneumoniques comprimaient leur thorax par une ceinture fortement serrée, espérant par là apaiser leurs douleurs.

Dans le même temps il apparut aussi çà et là quelques accès de fièvre intermittente simple, qui se dissipèrent d'eux-mêmes: l'on vit aussi des paroxysmes réguliers venir compliquer souvent des affections du bas-ventre et de la poitrine, développées d'abord et restées quelque temps dans leur état de simplicité.

D'après cet enchaînement des faits, et surtout lorsqu'on eut recueilli quelques-uns des plus graves et des plus caractéristiques, l'on s'aperçut de suite que la maladie actuelle était tout autre que la pneumonie franche, qui est comme endémique au pays, et qu'il fallait se hâter d'en modifier le traitement.

Du reste, le lecteur pourra par lui-même apprécier la nature du mal, après avoir lu quelques faits particuliers que j'ai recueillis au lit des malades, et que je vais rapporter ici avec la plus scrupuleuse exactitude.

Pneumonie. — Rémittence nulle d'abord, ou du moins si légère, qu'elle fut méconnue, et qui se dessina ensuite par des traits évidens.

Obs. I. — Laquerbe, âgé de 40 ans, d'une bonne constitution, habitant un petit bourg nommé Laval, qui est bâti sur la croupe d'une montagne élevée, avait, dans sa première jeunesse, éprouvé une inflammation de poitrine, et plus récemment des douleurs aiguës de rhumatisme dans diverses articulations. Le 14 décembre 1832, étant en sueur, après un travail pénible, il but un verre de vin, qu'il sentit aussitôt, disait-il, suivre toutes les veines et lui glacer le sang. Dès le lendemain, il commença à éprouver des frissons, sentit dans l'épaule gauche une douleur qui ne tarda pas à disparaître; il eut de la toux jusqu'à ce que, la nuit du 17 ou 18 décembre, ayant pris le repas du soir à son ordinaire, il fut saisi d'un grand frisson, de douleurs de tête, d'une exacerbation de la toux et d'une sensibilité obtuse au côté droit de la poitrine.

1er jour. Dans l'après-midi, le malade a été trouvé ayant la face très-injectée, la tête douloureuse, un pouls fréquent et plein, la peau chaude. Crépitation au dos seulement, de l'un et l'autre côté du rachis, mais plus marquée dans le poumon droit; son obscur dans les points correspondans, crachats peu abondans, mêlés de sang. (Saignée de 22 onces; violette et bourrache miellées; diète absolue.)

2e jour. Dans l'après-midi, le malade est trouvé baigné de sueur; une douleur aiguë s'est déclarée depuis hier près de la mamelle droite; le pouls est fréquent et ondulant; la tête encore douloureuse, quoique beaucoup moins; la poitrine n'est pas examinée, crainte de répercuter la sueur, de laquelle j'espérais vainement la solution de la maladie. (Une ventouse scarifiée sur le point de la douleur, qui disparaît pour toujours peu d'heures après; violette et bourrache miellées pour tisane, potion gommeuse; lavement émollient; cataplasme sur la poitrine; diète absolue.)

3e, 4e, 5e et 6e jours. Je n'ai pas vu le malade; il a continué la même tisane et la même potion, et a observé une diète sévère.

7e jour. Le malade est trouvé couché sur le dos, la face pâle, les lèvres recouvertes de croûtes noirâtres, le pouls fréquent, mou et compressible, l'abdomen rend un son clair à la percussion, sans être cependant guère distendu, ni douloureux en aucune manière, la langue n'est point rouge; nulle douleur, ni à la tête, ni à la poitrine, excepté une certaine chaleur dans celle-ci entre les épaules; à son côté droit et en arrière, crépitation très-caractérisée de bas en haut; crépitation aussi en avant et en bas du même côté; crépitation en arrière et en bas dans le côté gauche; son assez mat dans les mêmes points; respiration précipitée.

Hier, dès midi, le malade commença à délirer de temps à autre; mais pendant la nuit le délire a été continuel, et il a cessé ce matin, dit le malade, aussitôt qu'il a vu le jour, en faisant ouvrir les volets de sa chambre: il a senti alors un quelque chose passer devant ses yeux, et alors ses rêves ont cessé; il se rappelle très-bien la manière dont il a passé la nuit, et dit qu'alors il sentait plus de chaleur dans la poitrine et plus de dyspnée; mais depuis ce matin il ne rêve plus en aucune manière.

Ces premiers symptômes me rappellent aussitôt quelques cas de pneumonie avec exacerbation périodique, que j'ai su avoir été observés par d'autres médecins depuis peu de jours. Je soupçonne un cas semblable, et je prescris: même tisane, potion gommeuse, avec deux grains de kermès, sinapismes, vésicatoire à une jambe; je prends de plus la précaution de faire apporter la préparation suivante: sulfate de quinine 1 scrupule, camphre 10 grains, nitrate de potasse 8 grains, eau commune 8 onces, que je me propose de faire administrer en lavement si des exacerbations régulières se confirment.

8e jour. Vers minuit, nouveau paroxysme, caractérisé par le retour du délire, par une rougeur qui se développe sur les pommettes, une chaleur intérieure, la dyspnée plus grande, suivie de quelques sueurs. Rémission à la pointe du jour. Vers les huit heures du matin, je trouve le malade ayant le ventre distendu par des gaz, qu'il rend par la bouche à diverses reprises, avec soulagement, dit-il; il jouit d'ailleurs de tous ses sens et se souvient des rêves de la nuit; la respiration est accélérée; la face blême; la crépitation est la même que la veille, excepté un peu de souffle bronchique au sommet du poumon droit.

Hésitant, dans le premier cas de l'épidémie qui se présentait à moi, je n'ose encore faire usage des lavemens que j'avais fait apporter la veille. (Vésicatoire à l'autre jambe, sinapismes aux pieds pour la nuit, lavement émollient pour le soir, un grand vésicatoire camphré de six pouces de diamètre entre les épaules pour le lendemain matin; frictions toutes les trois heures sur les avant-bras et les jambes avec la teinture de quinquina camphrée; quelques bouillons.)

9e jour. Retour du paroxysme immédiatement après minuit, avec les mêmes symptômes qui revêtent encore plus d'intensité. A l'arrivée du jour, tout revient à peu près au point de la veille; la rémission paraît même beaucoup plus tranchée, car, à trois heures du soir, je ne trouve pour ainsi dire aucune fièvre; la peau est froide, le pouls sans fré-

quence; mais la faiblesse de celui-ci, la prostration, qui est extrême et qui va toujours croissant, la face, qui est cadavérique, m'avertissent assez que ce n'est là qu'un moment de lueurqu'il faut me hâter de mettre à profit. Je fais administrer le demi-lavement mentionné ci-dessus en deux fois à une demi-heure d'intervalle l'une de l'autre, après que le malade a rendu un simple lavement émollient, donné dans l'intention de nettoyer l'intestin et y rendre l'absorption plus facile. Ces deux quarts de lavement sont retenus; on continue les frictions avec la teinture de quinquina. La nuit se passe tranquillement et le malade dort à l'heure où les exacerbations se déclaraient.

10e jour. Peu de fièvre, point de douleur, pouls plus plein et plus résistant. Le malade est surpris de se trouver plus fort que la veille (quoique, dit-il, il n'ait rien mangé) quand je le fais asseoir sur son lit pour examiner la poitrine. Crépitation, comme au septième jour, sans souffle bronchique; moins de dyspnée; nulle sensibilité à l'abdomen, qui a perdu en grande partie son météorisme. (10 gouttes de résine de kina dans une potion gommeuse avec eau de mélisse, de lierre terrestre, extrait de réglisse et sirop de capillaire; continuer les frictions avec la teinture de quinquina; du bouillon.)

11e jour. Je n'ai pas vu le malade.

12e jour. Point de crépitation dans le côté gauche; à droite, elle est bornée à la partie supérieure du poumon et en arrière; le pouls est un peu plus fréquent et s'est fortifié beaucoup; le ventre n'est plus météorisé, il n'est pas non plus douloureux. (6 gouttes de résine de kina dans la même potion que ci-dessus, dans laquelle je fais entrer de plus le polygala; crême de riz, bouillons et pruneaux.)

Ces remèdes ont été les derniers. Dès ce jour les forces sont promptement revenues; le malade a conservé un bon appétit, a toujours fait de bonnes digestions, n'a eu d'autres incommodités que des gaz développés de temps à autre dans le canal digestif, et que l'usage de l'anis a toujours chassé très-heureusement: aujourd'hui la guérison est radicale et la poitrine dans le meilleur état.

Pneumonie rémittente avec des paroxysmes très-graves.

Obs. II. — Rose Joulia, âgée de 51 ans, n'étant plus réglée depuis quatre ans, mariée, sans enfans, d'une complexion assez délicate, résidant dans la petite ville de Flanhac, bâtie sur la face occidentale d'une montagne, vers le milieu de sa hauteur, fut prise, dans l'après-midi du 29 janvier, d'un frisson avec céphalalgie, et de toux que suivit bientôt une douleur dans le voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Ces douleurs augmentent beaucoup pendant la nuit, et éprouvent une rémission ensuite.

2e jour. Appelé dans la matinée, je trouve la malade moins souffrante encore; cependant la douleur de poitrine, quoique moindre, persiste encore. Quelques stries de sang ont été vues dans les crachats. Pendant la nuit, il y a eu des sueurs, et la peau est encore moite; du reste, la face est plutôt pâle qu'injectée, la tête peu ou point douloureuse, et la respiration légèrement précipitée; le pouls est très-fréquent, et se laisse facilement comprimer; l'artère semble avoir diminué de diamètre, surtout au bras gauche, où l'on sent le pouls plus petit qu'au bras droit et presque filiforme. La partie postérieure du poumon gauche est malade depuis sa base jusque vers le milieu de sa hauteur: elle approche même beaucoup de l'hépatisation; car il y a matité dans le point correspondant, et le souffle que l'on y entend, sans être véritablement ce que l'on appelle bronchique, annonce plus de gêne qu'un simple râle crépitant. En comprimant les espaces intercostaux, on n'augmente pas la douleur, qui est pongitive.

Cette succession de phénomènes, l'état du pouls, celui de la face, me font reconnaître l'épidémie. (Huit sangsues sur le point douloureux, et il n'en mord même que six; cataplasme, tisane d'orge et de riz, en attendant un nouveau paroxysme.)

3e jour. Il a commencé hier à dix heures du soir par de légers frissons. Pendant toute la nuit, la malade n'a pas cessé d'être tourmentée par la toux: celle-ci revenait par quintes, durant lesquelles il lui semblait, disait-elle, que son côté se fendait en deux. Elle sentait la respiration embarrassée, et n'osait d'ailleurs inspirer tant soit peu grandement, à cause de la douleur. Elle a trouvé du soulagement alors, et en trouve encore à s'entourer d'une ceinture qui comprimait la partie inférieure du thorax. Crachats rares et rouillés, sueurs dans la matinée.

La douleur de côté persiste dans le jour, et se réveille surtout dans les efforts de la toux, qui revient aussi encore par intervalles; cependant l'anxiété et les souffrances sont infiniment moindres. Le pouls est toujours dans le même état, sans s'être relevé en aucune manière, ni s'être concentré davantage; le souffle bronchique est manifeste dans le point correspondant à la douleur, et le ventre sensiblement météorisé.

Malgré une légère irritation gastrique, je prescris le kina par la bouche, parce qu'il en faudrait de plus fortes doses pour produire un effet semblable par la voie des lavemens, et que la malade a besoin d'user d'économie; et d'ailleurs, dans d'autres cas semblables, j'en ai pu user de même, sans que l'irritation se soit aggravée; mais je l'ai vue, au contraire, guérir rapidement, après que la maladie principale avait été victorieusement combattue. (En conséquence, quatre grains de sulfate de quinine dans une cuillerée de sirop diacode sont donnés dans l'après-midi.)

Mais il ne préviennent pas le redoublement, ni ne peuvent même le retarder ou l'alléger; car à dix heures du soir, heure accoutumée, se fait sentir encore quelque léger frisson, suivi du retour de la toux, de la dyspnée, des fortes douleurs de côté, que la malade compare à des morsures, à des déchirures, et qui se calment encore en grande partie vers les cinq heures du matin.

4e jour. Sueurs vers la fin de la nuit; douleurs au côté, surtout en toussant; crachats un peu plus abondans et toujours rouillés.

La fièvre est encore très-forte à huit heures du matin; à midi elle s'est ralentie; à quatre heures la rémission est encore beaucoup plus manifeste.

Cependant l'épigastre est très-sensible, la langue rouge à sa pointe et sur ses bords, le ventre météorisé, et les narines légèrement pulvérulentes; l'hépatisation reste stationnaire, ou fait bien peu de progrès. (Quatre sangsues à l'épigastre, demi-lavement émollient matin et soir, tisane d'orge et de riz, quelques cuillerées d'un simple looch blanc dans le jour; quinze grains de sulfate de quinine suspendus dans le sirop de gomme, à prendre en

cinq fois dans l'après-midi; sinapismes aux pieds à l'entrée de la nuit.)

A dix heures du soir précises, retour du paroxysme sans frissons, mais semblable à celui de la veille pour tout le reste, si ce n'est pour la durée; car à une heure après minuit il avait entièrement cessé, et la malade a passé tranquillement la moitié de la nuit.

5e jour. Cependant, au commencement du jour, je trouve encore une fièvre très-forte, qui se calme un peu au bout de quelques heures. Pour la première fois, la tête est un peu douloureuse, la face un peu injectée; de plus, l'irritation gastrique a fait des progrès. (En conséquence, saignée de quatre onces à midi, cinq grains de sulfate de quinine ensuite, cataplasme sur l'épigastre, sinapismes aux pieds pendant la nuit).

Les dix heures ramènent un nouveau redoublement, non pas plus léger ni plus court, mais qui a paru au mari de la malade plus intense, et a duré aussi long-temps qu'aucun des précédens : la toux surtout a causé une grande fatigue.

6e jour. Ce jour-là je me borne à combattre l'irritation abdominale, et la nuit suivante point de paroxysme.

7e jour. On ne reconnaît guère de diminution dans la maladie du poumon, mais l'estomac paraît moins irrité; le pouls offre un peu plus de plénitude. Continuation de simples adoucissans. Point de paroxysme le soir.

8e jour. La malade se déclare beaucoup mieux quand je l'aborde : elle a dormi; presque pas d'irritation gastrique; le pneumonie se résout; le pouls est égal aux deux bras et assez plein; la respiration à peu près naturelle. La malade abandonne tout remède, et est radicalement guérie au bout de quelques jours.

Affection épidémique que l'on pourrait appeler ambulante : elle a d'abord attaqué la plèvre pour l'abandonner ensuite, et se porter successivement sur d'autres parties, en laissant le poumon intact, contre son ordinaire.

Obs. III. — ..., âgé de 40 ans, domestique, d'une haute taille et d'une constitution athlétique, habitant un lieu bas assez malsain, où d'autres cas de l'épidémie avaient déjà été observés depuis peu, éprouva, le 1er février, un frisson avec une douleur de côté, suivis d'une toux légère; le mal le pressait assez vivement d'abord, et il crut être atteint d'une véritable inflammation de poitrine. Mais comme ces symptômes s'apaisèrent bientôt, il n'appela pas de médecin; il ne garda pas même le lit, prit quelques alimens, et n'avait déjà plus rien qu'un peu de douleur à la tête et au côté gauche de la poitrine.

Mais le troisième jour, sur les huit heures du soir, il ressentit de nouveaux frissons suivis de toux opiniâtre et sèche. La douleur devint bientôt pongitive et intolérable au bas de la poitrine, du côté gauche, immédiatement au-dessus de la région de la rate. Il ressentait aussi à la tête des douleurs mordicantes et aiguës, mais dans la moitié droite seulement. Il expectorait une matière catarrale peu abondante; quelques heures avant le jour, ces tourmens diminuèrent beaucoup.

Le quatrième jour, à sept heures du matin, le malade, que je vis alors pour la première fois, fut trouvé baigné de sueur; les douleurs de tête et de côté persistaient, mais infiniment moindres. Autour du point douloureux de la poitrine, comme dans tout le reste de son étendue, le son était clair et la respiration naturelle. Il n'y avait aucune dyspnée; la face ne présentait qu'un peu de rougeur vers les pommettes; le pouls était fréquent, mais compressible et un peu concentré.

Le malade, qui se croyait atteint de pneumonie, voulait être saigné; mais cet état du pouls sur un homme ainsi constitué, sous l'empire d'une épidémie connue, éloigna toute idée d'évacuations sanguines. Je lui prédis que pendant le jour il irait de mieux en mieux, mais que peut-être il tomberait dans un nouvel accès; que si cela arrivait, il lui serait administré des remèdes; mais que pour le moment il n'avait qu'à se tenir à la diète absolue et boire d'une tisane d'orge.

Le jour se passa assez bien; mais le soir, à la même heure que la veille, autre paroxysme. Dans celui-ci, la douleur de côté ne se fit plus sentir, et celle de la tête passa du côté droit dans l'oreille gauche. Tout le tourment du malade dans cet accès, qui fut le dernier, était donc une douleur dans l'oreille gauche, mais une douleur affreuse, dit-il. Cette douleur se calma avant l'arrivée du jour, non sans sueurs.

5e jour. Dans la matinée, le malade, en faisant un mouvement pour boire sa tisane, sentit deux ou trois gouttes d'une humeur claire tomber de son oreille gauche sur sa main, et y produire comme un sentiment de brûlure, à cause de son âcreté.

Durant tout ce jour-là et le suivant, il coulait du pus par cette même oreille, moyennant quoi le malade fut guéri.

L'oreille est revenue à son premier état, et remplit bien ses fonctions.

Une constitution médicale particulière donna naissance à cette maladie. Dans l'espace d'environ deux mois elle atteignit successivement un grand nombre d'individus, presque tous adultes ou déjà vieux, sans être cependant contagieuse; car, si l'on en excepte un très-petit nombre de cas, il n'y eut qu'un seul malade dans une même maison.

Les lieux les plus élevés, et qui par cela même paraissent devoir être le plus à l'abri des fièvres rémittentes, présentèrent l'épidémie comme les lieux les plus bas, et quelquefois même avec des paroxysmes plus graves et presque pernicieux.

Nous allons présenter la description générale de cette maladie, qui nous a paru assez importante pour fixer l'attention des praticiens.

La suite à un numéro prochain.

PATHOLOGIE INTERNE.

Observation pour servir à l'histoire des maladies des sinus veineux de la dure-mère, par G. Etoc-Demazy, interne à l'hospice de la Salpêtrière.

Monomanie. — Battemens du cœur forts et tumultueux. — Diminution de la sensibilité; faiblesse des membres. — Contracture subite de tous les muscles. — Mort. — Hypertrophie avec dilatation du ventricule aortique. — Ramollissement superficiel du cerveau. — Oblitération par une fausse membrane et perforation du sinus longitudinal supérieur; épanchement de sang dans la cavité de l'arachnoïde.

Obs. — Anne R***, âgée de 50 ans, tempérament

sanguin-bilieux, maigre, cheveux noirs, crâne très-élevé vers son sommet, entre à la Salpêtrière le 30 mai 1832, affectée de monomanie religieuse avec hallucinations de la vue et de l'ouïe (1). Depuis trois ans elle ressent de la céphalalgie frontale, profonde et continue. Les battemens du cœur sont forts, tumultueux, sans fréquence ; ils semblent, dit la malade, ébranler la poitrine tout entière ; le visage, le cou et la peau du crâne sont fortement injectés. Le plus léger exercice rend la respiration difficile, haletante, et cependant cette femme éprouve sans cesse un besoin irrésistible de mouvement. La menstruation et les autres fonctions n'offrent rien de remarquable.

Vers les derniers jours de février 1833, à l'agitation habituelle succède un abattement général ; la sensibilité devient obtuse ; l'intelligence s'affaiblit ; la prononciation est embarrassée ; la malade répond lentement, avec effort, aux questions qu'on lui adresse ; elle tombe graduellement dans un état de stupeur. Les membres inférieurs ne peuvent plus soutenir le poids du tronc. Langue sèche, croûteuse, excessivement rouge ; on dirait qu'elle laisse transsuder du sang. Lèvres fuligineuses ; pouls lent : 52 pulsations.

Cet état persiste jusqu'au 12 avril. Alors, tout à coup la scène change : raideur du tronc et des membres ; contracture invincible de tous les muscles ; insensibilité complète ; yeux fixes ; face très-injectée d'un rouge violacé. Une heure après, la mort survient.

Autopsie 25 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Cadavre étendu sur le dos ; tête inclinée du côté droit ; face pâle ; la peau du crâne, en arrière et à droite, est tendue, tuméfiée, d'un noir violacé. Rigidité des articulations.

Tête. — Les tégumens du crâne, incisés circulairement, laissent écouler une forte palette de sang noir, grumeleux, infiltré ou plutôt épanché dans le tissu cellulaire péricrânien. Les aréoles du diploë sont gorgées de sang, comme celles des parties molles. La dure-mère, du côté droit, rénitente et tendue sur l'hémisphère cérébral, est incisée d'avant en arrière à un demi-pouce de la ligne médiane, et laisse voir un caillot sanguin, de forme semi-circulaire, de huit à dix lignes d'épaisseur. Contigu par son côté interne au sinus longitudinal supérieur, il se prolonge en avant et en dehors sur l'hémisphère, qu'il recouvre dans une étendue de deux pouces et demi à trois pouces, et se termine par une demi-circonférence mince, inégale et comme frangée, suivant le trajet des anfractuosités. En arrière, le sang a pénétré jusqu'à la tente du cervelet, et semble même comprimer la protubérance annulaire.

En renversant le lambeau interne de la dure-mère pour enlever le caillot, on voit que celui-ci communique avec la cavité du sinus par un tractus sanguin du volume d'une plume de corbeau. L'arachnoïde de la pie-mère, légèrement épaissie et opaque dans quelques points des hémisphères, présente une dépression correspondante à la convexité du sang épanché. L'ouverture accidentelle du sinus, située à deux pouces du pressoir d'Hérophile, est large de trois à quatre lignes, un peu ovalaire d'avant en arrière. Ses bords sont d'un gris jaunâtre, épaissis, comme laciniés, ramollis, friables ; ils n'ont plus rien de cette fermeté propre au tissu fibreux. La portion antérieure du sinus, jusqu'à l'apophyse crista-galli, est sensiblement dilatée et contient un caillot sanguin fusiforme, libre dans sa cavité ; ses parois blanchâtres présentent disséminées quelques granulations de Pacchioni. Dans le reste de son étendue, c'est-à-dire entre l'ouverture accidentelle et le pressoir d'Hérophile, le sinus est aplati et oblitéré par une concrétion fibrineuse, analogue aux fausses membranes pleurétiques, ayant une ligne d'épaisseur et cinq à six lignes de largeur, d'un gris jaunâtre, homogène, sans aucun mélange de sang ni de pus. Elle ne paraît pas contenir de vaisseaux, et adhère fortement au conduit veineux, dont on ne peut la séparer sans déchirure du tissu cellulaire serré qui l'unit à ses parois.

Adhérences de la pie-mère avec la substance grise, à la face inférieure des lobules frontaux et des lobules de l'hippocampe ; leur surface est ramollie et d'un rouge légèrement jaunâtre. Quelques autres adhérences moins étendues et bornées, comme elles le sont toujours au sommet des circonvolutions, existent sur l'hémisphère droit. Des points rouges peu nombreux sont disséminés dans la substance blanche. Cette légère injection est loin d'être en rapport avec celle que présentaient, pendant la vie, la face et les tégumens du crâne. Environ trois cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules latéraux. Le reste de l'appareil cérébrospinal n'offre rien de remarquable.

Poitrine. — Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur ; point d'ossifications dans les valvules ; poumons sains, crépitans. Au sommet du côté droit, adhérences de la plèvre pulmonaire à la paroi thoracique par du tissu cellulaire dense et serré.

Abdomen. — Muqueuse gastrique d'un blanc grisâtre, ni injectée, ni ramollie. Hypérémie hypostatique dans l'intestin grêle. Les annexes du tube digestif, l'appareil génito-urinaire et les principales veines du tronc et des membres ne présentent rien d'exceptionnel.

Dans cette observation, les symptômes forment plusieurs groupes, distincts comme les fonctions des organes dont ils expriment la souffrance, et différens par leur marche, suivant l'espèce de lésion qui affecte ces organes. Les uns, lents à leur début, se développent et s'accroissent progressivement ; ils correspondent à l'hypertrophie du cœur et au ramollissement de la pulpe cérébrale. Les autres, qui éclatent tout à coup, atteignent dans une heure leur plus haut degré d'intensité, se terminent par la mort et correspondent à la compression subite par le sang du sinus longitudinal supérieur épanché dans la cavité de l'arachnoïde.

Depuis la publication du mémoire présenté en 1829, par M. Tonnellé, à l'Académie royale de médecine, sur les maladies des sinus veineux de la dure-mère, de nouveaux faits n'étaient par venus s'ajouter aux faits rapportés par cet habile observateur. Les lésions anatomiques qui font la base de ce mémoire se rapportent à deux genres divisés eux-mêmes en plusieurs espèces ; ce sont : 1° des concrétions sanguines, avec ou sans mélange de pus ; 2° des

(1) Voulant éviter les détails étrangers au point de vue sous lequel je considère cette observation, je ne fais qu'indiquer les principales circonstances relatives à l'aliénation mentale, convaincu que je suis qu'entre elle et les lésions présentées par l'autopsie, il n'existe dans ce cas qu'une simple coïncidence.

concrétions pseudo-membraneuses, sans collection de pus ou entremêlées de matière purulente.

Là se bornent les altérations observées par M. Tonnellé. Il a bien vu du sang épanché dans le tissu de la pie-mère, par rupture de ses vaisseaux, et dans la cavité de l'arachnoïde, cette dernière membrane conservant son état normal, sans traces de déchirure ni d'inflammation; on dit alors que l'hémorragie s'est faite par exhalation, ce qui signifie tout simplement que le sang est là parce qu'il y est. Dans les autopsies que j'ai faites à Bicêtre, avec mon ami le docteur Lélut, nous avons souvent rencontré cette espèce d'épanchement chez les aliénés. Les hémisphères étaient enveloppés d'une couche de sang à des degrés différens de coagulation. Cette couche paraît se transformer, après un certain temps, en une espèce de sac sans ouverture, à paroi jaunâtres, élastiques et même vasculaires, dans l'intérieur desquelles on trouve quelquefois encore des caillots sanguins. Dans l'observation précédente, le trajet suivi par le sang, dévié de sa route ordinaire, est au contraire facile à reconnaître, il est indiqué, pour ainsi dire, par ce tractus crurique qui, passant par l'ouverture du sinus, unit le sang de ce conduit au sang épanché dans l'arachnoïde. Pour nous rendre compte de sa présence nous n'avons pas besoin de recourir à l'exhalation; la lésion est bien visible et toute matérielle.

Cette ouverture est-elle simplement l'orifice d'une des veines cérébrales qui se déchargent dans le sinus? Est-elle de formation nouvelle et produite mécaniquement par le sang arrêté dans son cours? Est-elle le résultat d'un travail morbide siégeant dans les parois du conduit veineux?

En soulevant le lambeau interne de la dure-mère, au moment où j'aperçus le tractus sanguin dont j'ai parlé, j'ai pu voir également les veines cérébrales se rendant dans le sinus; leur couleur bleuâtre et leur tenacité étaient bien différentes de la couleur noire et de la mollesse de ce petit caillot: cette distinction est si facile qu'il est inutile de s'y arrêter davantage. Si une veine eût été rompue à son embouchure, l'extrémité de ce vaisseau serait restée libre dans la cavité de l'arachnoïde, auprès du sinus; or, en examinant avec soin le sang épanché, je n'ai rien vu de semblable. Il est donc probable que ce liquide est venu du sinus et non d'une veine cérébrale. Cette probabilité deviendra plus grande encore si l'on considère la disposition de l'ouverture. Elle est large de trois à quatre lignes: l'embouchure des veines n'a pas cette étendue. Ses bords sont épaissis, jaunâtres, ramollis, friables; sont-ce là les caractères que devrait présenter la rupture simplement mécanique d'un conduit veineux? L'imbibition elle-même ne saurait en rendre compte.

Ces lésions de tissu nous serviront à reconnaître si la perforation du sinus a été produite par l'effort du sang, arrêté dans son cours ou par un travail morbide, par une érosion de ses parois.

Que l'on admette ou que l'on nie l'influence du cœur sur la circulation veineuse, que l'on attribue la progression du sang dans les canaux de la dure-mère, à l'attraction par la tendance au vide, aux battemens des artères cérébrales, à l'attraction des capillaires ou à toutes ces causes réunies, toujours est-il que ce liquide obéit à une force impulsive quelconque, ne fût-elle représentée que par une colonne sanguine venant à tergo. Cette force d'impulsion augmentée et rendue plus permanente en quelque sorte par l'embarras qu'entretenait, dans la circulation veineuse, le sang violemment projeté vers la tête par un cœur hypertrophié, a dû produire des désordres d'autant plus graves que la résistance opposée par la concrétion fibrineuse du sinus a été plus forte: elle a dilaté et contribué sans doute à perforer ses parois, mais il n'est pas vraisemblable qu'elle seule ait été suffisante pour donner lieu à ce dernier effet. Elle a été aidée par une autre cause plus puissante, par laquelle ce tissu de la dure-mère ramolli, désorganisé, a perdu la faculté de résister à son action. MM. Parise et Mitivié, après avoir examiné avec attention cette ouverture accidentelle, n'ont pas hésité à regarder la dure-mère et la tunique propre du sinus comme ayant été le siége d'un véritable travail pathologique, d'une érosion, donnant naissance à une espèce d'anévrisme veineux faux primitif.

Ainsi, une cause morbide identique peut-être dans sa nature, quoique différente par ses effets, produit, dans une partie du sinus, une fausse membrane qui oblitère sa cavité. Dans une autre, elle désorganise et perfore ses parois. Ce travail, par lequel s'exhale de la fibrine qui désorganise un conduit fibro-séreux, a-t-il nécessairement l'irritation pour principe? Devons-nous voir ici les traces d'une simple phlébite? Pour répondre à cette double question, il faudrait connaître les lois qui président à la nutrition dans l'état normal; le mécanisme par lequel s'opère la génération des maladies, la pathogénie en général, celle du tissu fibreux en particulier, etc. De tout cela que savons-nous?

Nous nous bornerons à voir, dans ce fait, une source d'hémorragie qui n'avait pas, que je sache, été signalée; une nouvelle inconnue dégagée de cette formule symptomatique qu'on appelle apoplexie et la confirmation de cette vérité proclamée par Morgagni: « La nature a si bien réglé tout ce qui a rapport au cours du sang, que, s'il survient quelque cause qui en retarde l'entrée ou la sortie, plus qu'il n'a été déterminé par elle, et qui ralentisse son mouvement, cela ne peut se faire sans quelque notable préjudice. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur les luxations en avant de l'extrémité supérieure du radius, par le docteur Rognetta.

Monsieur,

Le numéro du 16 mars 1833 de votre intéressant journal rapporte, au nom de M. le docteur Jousset, une observation de luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius, où ce chirurgien soutient avec raison que c'est à tort que M. le professeur Boyer a nié la possibilité de cette espèce de déplacement. Vous êtes revenu sur ce sujet dans votre feuille du 26 du même mois, en donnant une traduction de ce que M. Asley Cooper avait écrit sur cette matière dans son ouvrage intitulé: *On Luxations and on Fractures of the joints*. Mais les expressions dont vous faites précéder cette traduction me paraissent renfermer une inexactitude de quelque conséquence pour l'histoire de la chirurgie et pour l'honneur de l'Italie; je me crois en devoir de vous la faire relever.

Il semble, en effet, que vous ayez voulu établir 1° que c'est M. A. Cooper le premier qui a découvert et décrit cette luxation; 2° que les chirurgiens

italiens ignoraient peut-être aussi cette espèce de déplacement, puisque vous parlez consécutivement des chirurgiens de l'Allemagne, de l'Angleterre et de la France, sans dire mot de l'Italie. Permettez-moi de rappeler ici ce que le célèbre Monteggia, de Milan, avait écrit sur la luxation en question avant M. Asley Cooper.

Vous pouvez vous convaincre par les extraits qui suivent que cet habile observateur avait non-seulement vu et constaté grand nombre de fois les luxations antérieure et postérieure de l'extrémité supérieure du radius, mais aussi qu'il avait rencontré une fois la luxation de cette partie tout-à-fait en dehors du condyle externe de l'humérus, ce qui constitue une troisième variété de luxation du radius, dont personne n'avait parlé avant lui.

« J'ai plusieurs fois vu la luxation du radius sur des enfans, telle que Duverney la décrivit.

» Ils tenaient l'avant-bras et la main immobiles, dans la pronation, et ils jetaient des cris de douleur en essayant de les leur retourner dans la supination.

» La réduction m'a réussi plus facilement en étendant entièrement l'avant-bras et en le tournant dans la supination, puis en pressant avec le pouce en avant dans le pli du bras, et près du cubitus (1). Alors on sent un petit craquement tout-à-fait semblable à la crépitation d'une fracture. En effet, la première fois que j'observai ce phénomène, je crus qu'il y avait fracture; mais je me détrompai en voyant sur-le-champ reparaître la liberté des mouvemens, la bonne conformation de la main, et cesser la douleur. Aussi, me suis-je convaincu que cette espèce de craquement ne signifiait autre chose que la rentrée de l'os à sa place naturelle. (Pag. 127, § 254.)

» La réduction étant opérée, si l'on tâte et retâte avec le pouce la partie antérieure du pli du bras et d'avant en arrière, on se convaincra jusqu'à l'évidence que, dans tous les cas observés par moi, la luxation était antérieure, et qu'elle devait être antérieure aussi dans les cas observés par Guverney. Aussi ne me semble-t-elle pas bien fondée l'assertion de M. Boyer, etc. (Ib., pag. 127, § 255.)

» L'extrémité supérieure du radius doit, dans ce cas, glisser sur le devant de l'humérus, en quittant dans cette direction son contact avec la petite tête de l'humérus pour former une véritable luxation ou demi-luxation antérieure. Aussi ne me paraît-elle guère précise l'expression de Duverney, qui dit que le radius s'éloigne simplement un peu du cubitus. (Ib.)

» Chez un des enfans que j'ai traités, et qui parut, comme tous les autres, guéri à l'instant même de la réduction, ayant d'abord négligé l'application d'un bandage, et ensuite les bandes ayant été mal assurées, la luxation se reproduisit pour la quatrième fois pendant les premiers jours de l'accident, de manière que, jusqu'à ce que l'articulation eût acquis la solidité suffisante pour résister au glissement des os, je fus obligé de poser une attelle externe brisée à l'articulation du coude..... C'est étonnant que Desault n'ait jamais rencontré cette espèce de luxation. (Page 128.)

(1) Monteggia pense, et c'est avec raison, je crois, que les luxations de l'extrémité supérieure du radius, décrites par Duverney comme *postérieures*, n'étaient que des luxations *antérieures*. C'est ce qu'on verra par les justes observations que Monteggia fait dans la suite de cet article. (*Rognetta.*)

» Lorsque nous soulevons du sol un enfant, en le prenant par dessus les poignets, il arrive aisément que nous exécutons une double action avec la même main, c'est-à-dire qu'avec le pouce nous déprimons la main et la dernière extrémité de l'avant-bras de l'enfant, tandis qu'avec les autres doigts nous élévons en sens contraire la partie voisine de l'avant-bras. Dans cette double action, le radius fait l'office d'un levier du troisième genre, dont le point d'appui est l'endroit où nous posons le pouce; la puissance est dans l'endroit où les autres doigts le pressent en sens opposé, et la résistance est à l'extrémité supérieure du radius, qui est poussée en avant. (Page 128.) (1)

» Je me suis rappelé avec peine le cas d'une jeune fille qui, par suite d'une chute, me parut avoir le cubitus fracturé dans son tiers supérieur. Je la bandai en conséquence. Elle avait cependant le radius luxé. Soit que quelque crépitation de l'os luxé m'en ait imposé, en me faisant prendre le mal pour une fracture, malgré que j'étais déjà prévenu d'un tel équivoque; soit que réellement il y eût en même temps fracture du cubitus et luxation du radius (complication que j'ai déjà rencontrée dans une autre occasion); après un mois de traitement ayant ôté l'appareil de la fracture, je trouvai que tout le gonflement s'était dissipé (ce gonflement n'est ordinairement que très-peu considérable dans la luxation du radius), et qu'en faisant étendre l'avant-bras à la malade il jaillissait une éminence très-considérable et difforme à la partie antérieure de l'articulation de l'avant-bras, laquelle était formée par la tête du radius; ce désordre montrait d'une manière très-visible qu'il n'était formé que par une luxation antérieure du radius. En comprimant ensuite la tête déplacée du radius, elle rentrait à sa place; mais à peine la force comprimante avait-elle cessé son action que la grosseur reparaissait, surtout dans l'extension de l'avant-bras. J'appliquai des compresses et un nouveau bandage sur cet os luxé, mais il ne fut pas possible de le retenir en place. Je regrette vivement cependant de ne pas avoir insisté plus long-temps sur ce moyen, car je trouve que Desault, après avoir réduit une ancienne luxation de la partie inférieure du cubitus, employa avec profit un bandage qu'il laissa en place pour plus d'un mois, et la luxation fut parfaitement contenue; et Loder aussi, dans une luxation du même os, qui faisait saillie sur le dos du poignet, luxation qui existait depuis deux mois, ayant observé qu'après la réduction l'extrémité inférieure du cubitus se déplaçait de nouveau, parvint à le retenir solidement en place à l'aide de compresses et de bandes. (Page 130, § 260.)

» Dans le cas de déplacement du radius produit par un coup de canne qui fractura en même temps le cubitus (§ 213. *Voyez* ci-après cette observation), la luxation était tout-à-fait latérale; ce qui formerait une TROISIÈME ESPÈCE DE DÉPLACEMENT. Il est vrai de dire cependant qu'il est très-difficile de rencontrer une luxation qui soit précisément et totalement latérale; car la saillie de la tubérosité externe de l'humérus qui se prolonge en haut en

(1) Cette explication de Monteggia démontre jusqu'à l'évidence que la luxation de l'extrémité du radius chez les enfans qui essuient cet accident dans les circonstances ci-dessus, doit nécessairement se faire en *avant* et non pas en arrière, comme l'avancent Duverney et M. Boyer. (*Rognetta.*)

une ligne saillante empêche le radius de se tenir latéralement à la rigueur; aussi cette saillie l'oblige-t-elle à glisser soit en avant soit en arrière. (Page 129.) »

§ 213. « Quelquefois c'est une cause immédiate et latérale, à la partie supérieure de l'avant-bras, qui pousse les os au côté opposé. Un coup de bâton fractura le cubitus dans son tiers supérieur et luxa le radius du côté opposé. Dans ce cas, ce fut le cubitus même qui, ne résistant pas au coup, céda et chassa hors de place le radius adjacent. (Pag. 109.) »

En rapprochant maintenant ces passages, de l'ouvrage de Monteggia, de l'article de M. A. Cooper et de l'observation de M. Jousset, il me semble qu'on pourrait ériger en principes les propositions ci-après, savoir :

1° Que la luxation antérieure de l'extrémité supérieure du radius peut exister sur les enfans aussi bien que sur les adultes;

2° Que la luxation antérieure de cet os est plus fréquente que la postérieure;

3° Que Duverney, qui observa le premier cette espèce de déplacement et quelques autres auteurs qui en parlèrent après lui, prirent la luxation antérieure pour la postérieure; aussi ont-ils avancé contre la vérité que la seconde de ces luxations était la première;

4° Que sur sept observations de cette luxation, rapportées par M. A. Cooper, la réduction parfaite n'a pu être obtenue que deux fois; tandis que dans un plus grand nombre de cas observés par Monteggia, la réduction n'a été impossible qu'une fois seulement;

5° La différence de résultats obtenus en Angleterre et en Italie dans le traitement de la luxation du radius en avant tient évidemment à l'âge des sujets;

6° Le pronostic de cette luxation chez les adultes est naturellement plus grave que celui de la même maladie sur les enfans; ou, ce qui revient au même, la gravité du pronostic dans cette luxation est en raison directe de l'âge;

La luxation latérale ou externe de l'extrémité supérieure du radius est excessivement rare, et elle n'est pas encore bien connue, puisqu'il n'en existe que deux seuls exemples avérés jusqu'à ce jour. Le second de ces exemples connus est celui qui est rapporté par M. A. Cooper, le voici :

« M. Treeman, chirurgien militaire, conduisit chez moi un monsieur de Whaley, âgé de 25 ans, qui, étant tombé à l'âge de douze ans, se frappa le coude contre un arbre, dans une attitude où son bras était plié et avancé au devant de la tête. L'olécrâne avait été cassé, et le radius était luxé en haut et en dehors, au-dessus du condyle externe. Quand le bras est plié la tête du radius passe en dehors de l'humérus. Ce malade se sert utilement de son bras, mais la flexion et l'extension ne sont pas complètes. » (*On luxations*, etc., pag. 444.)

Monteggia est mort en 1822 ou 23, à ce que je me rappelle. La seconde édition de son ouvrage, que j'ai sous les yeux en ce moment, a été imprimée en 1814. Sa première édition date de quelques années auparavant. Par conséquent, les observations de Monteggia sur la luxation antérieure de l'extrémité supérieure du radius remontent au moins à vingt-cinq ou trente ans, époque à laquelle M. Cooper n'avait pas encore publié ses idées sur le même sujet.

Aussi, si M. A. Cooper n'a pas profité des idées de Monteggia à l'égard de la luxation en question, les observations du chirurgien italien ont au moins le mérite de la priorité.

Agréez, etc.

ROGNETTA, D.-M.

Paris, ce 27 avril 1833.

GAZETTE DU 13. N° 55.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

De l'influence comparative des principales eaux minérales de France dans l'état actuel de la santé publique.

Les eaux minérales, ces remèdes précieux que la nature prépare de ses mains, ne satisfont pas indistinctement à tous les besoins de la médecine pratique. Il y a des affections qui ne les supportent pas, d'autres qui s'aggravent par leur influence. En outre les eaux minérales diffèrent étonnamment dans leur action, de sorte que leur prescription ne saurait être faite arbitrairement, mais qu'elle doit être confiée aux soins des hommes spéciaux, qui répondent par leur profession du discernement avec lequel il faut choisir entre leurs espèces. Ces considérations sur le mal qu'elles peuvent faire, lorsqu'elles sont prises hors de propos, et sur les avantages qu'on a droit d'en espérer si les circonstances sont en harmonie avec leur usage, nous détermineraient seules à traiter ce sujet, en faveur des personnes que l'opportunité de la saison fait accourir en foule, comme nous l'apprenons, aux sources bienfaisantes où elles coulent. Toutefois nous avons encore un autre motif : c'est de fixer positivement les idées à l'égard de l'effet général des diverses eaux minérales à la suite de la grippe, dont tout le monde a été frappé, et au milieu même des appréhensions mal fondées de quelques personnes sur une récidive du choléra après le retour du règne de la grippe. Il y a environ un an que le point particulier de ce sujet relatif au choléra a été considéré dans ce journal, avec un soin égal à l'intérêt qu'il pouvait inspirer. Nous y renvoyons ceux de nos lecteurs qui désiraient avoir là-dessus des renseignemens plus étendus. Notre objet principal aujourd'hui c'est de déterminer en général l'action des eaux minérales, par rapport à la préférence qu'on doit donner à leurs espèces dans l'état actuel de la santé publique.

Ce n'est pas ici le cas d'approfondir la nature médicale des eaux minérales, de tracer le tableau des travaux intéressans dont elle a fourni l'occasion, de commencer, en un mot, une histoire complète de ces eaux. Contentons-nous de reproduire la division universellement admise des eaux minérales en eaux sulfureuses, ferrugineuses, acidules et salines. Un coup d'œil sur les vertus que l'expérience a réparties entre ces diverses classes; nous mettra ensuite sur la voie pour répondre nettement à notre question.

Les eaux sulfureuses, chaudes et même brûlantes comme tout le monde le sait, reçoivent de l'élévation de leur température, autant que des élémens chimiques dont elles sont chargées, une activité si puissante qu'elles excéderaient le plus souvent la limite des indications qui les fait appeler, si l'attention de

l'homme de l'art n'intervenait à propos pour les mitiger. Cette énergie est le principe de leur efficacité dans les circonstances heureusement peu communes d'affections profondes et opiniâtres contre lesquelles toutes les ressources de l'art ont été usées. Le soufre, et ses nombreux composés, depuis le plus faible jusqu'au plus délétère, comme le gaz acide hydrosulfurique surtout et l'acide sulfurique, les divers hydrosulfates nagent dans les eaux minérales sulfureuses. Leurs effets sont remarquables par la vivacité avec laquelle elles attaquent les tissus digestifs et cutanés, suivant qu'on les prend à l'intérieur ou qu'on se borne à les mettre en contact avec la surface de la peau. Le caractère de ces effets se trahit par une excitation générale aussi intime que permanente. Les affections cutanées rebelles sont particulièrement les maladies où elles obtiennent le plus de succès. Nous n'avons pas besoin de citer les établissemens de ce genre les plus renommés : tout le monde connaît les bains de Barèges, de Bagnères, d'Enghien, de Cauterets, etc., ainsi que les sources puissantes d'Arles, d'Olette, de Molitz, de Vinça, de Vernet, etc., dans les Pyrénées-Orientales, quoique l'étude de celles-ci ne date guère que de quelques années, depuis le beau travail de M. le professeur Anglada sur les eaux minérales en général et en particulier sur celles du revers oriental de la chaîne des Pyrénées.

Les eaux ferrugineuses ou chalibées, au contraire, sont toutes froides. Elles doivent leur propriété au fer qui s'y trouve en dissolution sous forme de sulfate et surtout de carbonate de fer. En outre elles contiennent ordinairement de l'acide carbonique libre, ce qui ajoute à leurs qualités celles des eaux simplement acidules. Les vertus médicales de ces eaux sont tout autres que celles des eaux sulfureuses; disons aussi qu'elles sont loin de posséder l'activité de ces dernières. Leur usage doit être continué longtemps si l'on veut en apercevoir des effets un peu notables. Quant au caractère de leurs propriétés, il s'explique par l'action connue des préparations de fer. Ainsi elles sont astringentes, elles condensent les tissus, épaississent les fluides, et, par cette action, elles augmentent la tonicité de nos organes, et fortifient l'exercice des fonctions. A ces titres, les débilités de toute espèce, pourvu que celles-ci ne soient pas le fruit d'une suite d'excitations prolongées, ou le résultat définitif d'une maladie inflammatoire, en un mot, les débilités essentielles ou primitives y puisent un remède efficace. Parmi les sources de cette espèce d'eaux minérales, celles de Forges, de Vichy, de Provins et de Passy jouissent de la meilleure réputation.

Les eaux acidules ne possèdent en général qu'une propriété spéciale passagère, aussi fugitive que l'impression du gaz acide carbonique auquel elles les doivent. L'acide carbonique est la base de la composition de ces eaux, qui sont par conséquent aigrelettes, et sont livrées à un mouvement d'ébullition spontané dû au dégagement de ce gaz. La plupart de ces eaux recèlent encore d'autres principes chimiques analogues à ceux des eaux ferrugineuses : toutefois, l'excès relatif de gaz acide carbonique leur a valu d'être rangées dans une classe à part, soit sous le rapport chimique, soit sous le rapport de leur vertu médicinale. Cette vertu, comme nous le disions, est naturellement très-bornée; elle se réduit presque à pousser fortement aux urines, ce qu'elle opère autant par l'abondance du véhicule aqueux qui passe dans l'économie que par la quantité spéciale de l'acide carbonique. Nous ferons la même réflexion à l'égard de la propriété rafraîchissante que les observateurs concèdent à cette espèce d'eaux minérales. De l'eau pure témoigne souvent le même genre d'activité que les eaux acidules, ce qui prouve qu'elles sont aussi inoffensives que douées de peu d'efficacité. Distinguons néanmoins entre ces eaux celles qui sont froides et celles dont la température est plus élevée. La dernière espèce possède une action plus vive, ce qui vient et de leur chaleur propre, et de l'influence des autres principes que la thermalité leur permet de dissoudre. Les eaux du Mont-d'Or, de Vichy, de Clermont-Ferrant, etc., appartiennent à celles-ci; les eaux de Bar, de Langeac, de Pougues, etc., sont froides et se trouvent dans notre première catégorie.

La dernière classe des eaux minérales sont les eaux salines chaudes et froides. Comme leur nom l'indique, elles sont formées par la dissolution d'un certain nombre de sels neutres en quantités et dans des proportions variables. Les eaux salines chaudes sont spécialement réputées purgatifs : telles sont celles de Balaruc, aux environs de Montpellier; de Bourbonne-les-Bains, de Plombières, de Luxeuil, dans les Vosges; de Dax, dans le département des Landes, etc. Les eaux salines froides sont plus rares en France, ou du moins beaucoup moins connues; celles de Pouilhou, dans le département des Landes, jouissent d'une certaine réputation. Mais cette disette relative de sources salines particulières est compensée par les propriétés des eaux de mer, qui jouissent non-seulement de toutes les vertus des sources salines ordinaires, mais qui les surpassent de beaucoup par l'activité dont elles sont douées, autant que par la quantité des élémens accessoires qui contribuent à leur efficacité. Avant d'aller plus loin sur cet objet, revenons un peu sur nos pas afin d'apprécier les avantages des sources minérales que nous avons énumérées, relativement à la question qui sert de texte à cet article. Pour cela, il est indispensable de caractériser en peu de mots l'état actuel de la santé publique.

Indépendamment de l'influence du choléra-morbus, dont les traces durent encore chez les personnes qui en ont éprouvé l'atteinte, une autre cause de trouble de l'économie a remplacé l'action du choléra et a compliqué, pour ainsi dire, ses résultats : nous voulons parler de la grippe, que tout le monde à Paris et dans les départemens, pour ne parler que de la France, a plus ou moins ressentie. La combinaison de ces deux causes, l'une produite par les restes de l'ébranlement communiqué par le choléra, l'autre par l'effet direct de la grippe, a imprimé à l'économie certaines modifications pathologiques contre lesquelles il est de notre devoir de nous prémunir. Voici les caractères de ces modifications. Les plus remarquables sont ceux qui portent sur le système digestif. A la suite du choléra, les inappétences, les difficultés des digestions, les flatulences, ont attesté et attestent encore que les organes gastriques n'ont pas repris leur activité accoutumée, qu'ils sont paresseux et difficiles à exécuter la transformation des substances alimentaires; en un mot, qu'une action tonique légère a besoin de seconder leurs fonctions. La grippe de son côté a laissé la même impression, non pas sur le tube digestif, mais particulièrement sur les organes respiratoires; car tout le monde a pu voir que les conduits aériens ont été le théâtre principal des phénomènes de la grippe. Au terme de l'irritation

que ces parties ont éprouvée, un état d'inertie ou de faiblesse a dû survenir, ainsi qu'on l'observe après le tumulte qui accompagne toute affection fébrile. Les faits, d'ailleurs, sont là qui le prouvent. La plupart des grippés de cet hiver se ressentent encore des douleurs pectorales qu'ils ont éprouvées; la plupart toussent encore le matin et le soir, et plusieurs expectorent en abondance en se levant, de manière à justifier l'opinion que la muqueuse bronchique continue à être le siége d'une fluxion passive. Voilà pour les phénomènes locaux : les organes digestifs et les organes respiratoires sont sensiblement atteints, chez un grand nombre, d'une atonie qui réclame l'influence d'une douce stimulation, propre à les replacer au ton normal dont ils sont écartés.

Des phénomènes généraux concourent avec les précédens comme des produits des mêmes causes. Le choléra et la grippe, en effet, ne se sont pas bornés à agir sur un organe ou un système d'organes à l'exclusion des autres. Il est constant, ainsi que nous l'avons plusieurs fois établi, que leur action s'est exercée sur l'ensemble de l'organisme, en un mot, qu'elle a été générale. On se souvient encore de la langueur dans laquelle on est tombé pendant tout le temps qu'on a été tourmenté par la grippe. Cette langueur, signe incontestable du coup que le système nerveux avait reçu de la cause de cette affection, poursuit encore ostensiblement un bon nombre de personnes que la grippe a abandonnées, et beaucoup d'autres, douées d'une force de réaction plus puissante, l'éprouvent encore par momens, lorsqu'ils prêtent un instant d'attention à la manière dont leurs fonctions s'exécutent. L'explication de ce phénomène sera telle qu'on le voudra. Nous ne voulons pas ici perdre le temps à suivre une discussion théorique; mais le fait n'est pas douteux qu'au sortir de la grippe et du choléra qui l'a précédée, la machine reste encore chancelante, comme il arrive nécessairement à la suite de toute forte secousse. Ainsi, débilité générale d'une part; de l'autre, atonie particulière des organes digestifs et respiratoires : tels sont les trois caractères généraux qui éclatent par l'observation de la santé publique. Quels remèdes à appliquer à cet état qui représente moins une maladie déclarée, qu'il n'offre les traits de ces convalescences lentes et difficiles, conséquences inévitables de toutes les graves maladies? Les secours de la pharmacie n'y suffiraient pas; nous ajouterons même qu'ils lui sont généralement contraires, à cause de l'action brusque qu'ils déterminent, et parce que c'est moins à changer l'ordre continuel des mouvemens de l'économie qu'à les exciter modérément et à les soutenir par des influences douces, uniformes et durables, que doit aspirer ici la médecine. Sous ce rapport, l'impression de l'air libre et pur, la vue d'une nature riante et animée, le séjour dans une atmosphère en harmonie avec les besoins de l'économie, tiennent le premier rang. Un instinct conservateur semble éclairer la population à suivre cette pratique, quand on remarque l'empressement avec lequel elle profite de la beauté de la saison pour se répandre dans les lieux où jaillissent des sources d'eau minérales.

Toutes les conditions d'agrément et d'utilité que nous proposions tout-à-l'heure se réunissent en effet dans les paysages que la nature a peuplés comme à plaisir de toutes les émotions si nécessaires au rétablissement des forces de la vie. Toutefois il faut choisir entre les sources d'eaux minérales de peur que l'action inopportune des eaux ne neutralise ces effets bienfaisans des circonstances locales. Cette réflexion nous conduit à indiquer succinctement les conditions médicales de ces sources les plus convenables à la disposition générale de l'économie que nous avons déjà signalée.

Nous ne reviendrons pas sur les propriétés que nous avons reconnues aux diverses sources d'eaux minérales; nous n'insisterons pas non plus sur les motifs qui nous paraissent devoir en exclure un certain nombre. Le lecteur suppléera aisément à ce que nous nous dispensons de lui dire. Bornons-nous à parler brièvement de celles que nous préférerions pour nous-mêmes si la nécessité nous obligeait à les rechercher. Les eaux salines froides sont les sources qui remplissent aujourd'hui la plupart de nos indications. Elles le doivent à leur basse température, ainsi qu'à la nature des principes qu'elles contiennent. La température des eaux minérales n'est pas indifférente. Dans la saison de l'été, au milieu du mouvement tumultueux des fluides de l'économie, le contact de l'eau à une température au-dessous de celle du milieu ambiant, nous fait éprouver un sentiment de bien-être qui rarement, lorsque la transition entre la chaleur du corps et celle de l'eau n'est pas trop brusque, tourne à notre désavantage. Après cette impression, les tissus se resserrent; la peau en particulier, que la chaleur de l'air tenait dans une sorte de macération, recouvre son ressort; les fonctions digestives, si étroitement liées avec celles de l'organe cutané, se remontent à leur exemple, et sous leur influence l'économie entière se relève, grâces à la perfection relative de l'élaboration des sucs nourriciers. Ce n'est pas tout : le froid, surtout appliqué uniformément, a la puissance reconnue de rétablir le calme dans le système nerveux, soit en répandant plus également l'innervation, soit par une action tonique directe sur ce système. Les praticiens qui emploient les bains froids et les affusions froides dans le traitement des névroses savent à quel point nous sommes fondés à louer ici l'influence du bain froid. Les principes chimiques contenus dans les eaux minérales de cette espèce sont, avons-nous dit, des sels neutres unis et combinés naturellement dans des proportions assez peu fortes. L'action de ces composés sur les organes digestifs est double : par l'une, ils titillent, ils animent doucement les organes; par l'autre, ils dégagent doucement l'excès de sucs qui les surchargent, et en provoquent l'expulsion, comme le font les plus doux purgatifs. Il est probable qu'une partie de ces sels s'insinue encore dans les interstices de nos organes pour y agir à la manière des agens résolutifs. Ce qu'il y a de certain au moins, c'est que l'usage continu des eaux salines prises à l'intérieur en même temps qu'à l'extérieur, procurent les mêmes résultats. Tels sont les effets généraux des eaux minérales salines. Nous avons désigné quelques-unes des sources les plus connues. En rapprochant de l'expression de leurs effets les indications que nous avons surprises dans l'état actuel de l'économie, tel que nous l'ont fait le choléra et la grippe, il n'est pas douteux qu'ils ne soient en parfaite harmonie.

Les eaux de mer jouissent au même degré de tous ces avantages. Elles sont, comme les eaux salines des montagnes, chargées d'une certaine quantité de sels, et même en plus grand nombre que celles-ci. En outre, elles sont aussi à basse température. A cet égard même elles possèdent peut-être une

qualité de plus : c'est d'être, en été, moins froides que les eaux de sources. On sait, en effet, que les eaux de mer retiennent plus fortement que les eaux de sources le calorique dont elles ont été pénétrées. Ce n'est pas assez pour les eaux de mer de satisfaire mieux que les autres aux indications qui les font rechercher, elles offrent encore des propriétés particulières que les premières ne sauraient suppléer. Ces propriétés leur viennent de l'atmosphère maritime dans laquelle nagent les baigneurs, pendant toute la durée de leur séjour sur la plage. Cette atmosphère, toujours à peu près égale, imprégnée d'ailleurs de l'humidité douce qui s'élève de la surface des eaux, et surtout pénétrée des particules salines que les vapeurs entraînent avec elles, ainsi que de l'arôme des plantes marines qui croissent sur la côte; cette atmosphère, disons-nous, complète l'impression excitante de l'usage des eaux. De plus, par son action directe sur les organes de la respiration, elle convient dans tous les cas où ces organes ont besoin d'une excitation douce et sans secousses. On sait que les médecins de tous les siècles ont reconnu cette propriété à l'air des côtes, et que récemment Laënnec en a célébré les bienfaits au point qu'il semble ne mettre qu'à ce prix la guérison d'un grand nombre d'affections pectorales rebelles. Voilà donc une double action bien constatée dans les eaux de mer prises à la source : une action générale s'adressant à tous les systèmes et une action locale dirigée spécialement sur les deux systèmes digestif et respiratoire. Le caractère de ces actions médicatrices peuvent se représenter par une stimulation douce et égale, au terme de laquelle toutes les fonctions, et en particulier celles de la digestion et de la respiration, reviennent à l'état normal. Si nous avons nettement développé la nature des modifications dont le choléra et la grippe ont laissé les traces dans l'économie, il sera évident pour tous que, parmi les eaux minérales à préférer dans l'état actuel de la santé publique, les eaux salines, et principalement les eaux de mer, sont certainement les plus recommandables. L'expérience a justifié ce que la théorie vient de nous démontrer. Nous avons sous les yeux un nombre considérable de faits d'après lesquels des personnes tourmentées, à la suite de l'épidémie cholérique, de malaises intestinaux continuels, de difficultés opiniâtres dans la digestion, se sont promptement rétablies l'an dernier, après quelques jours de l'usage des eaux de Dieppe; entre autres témoignages de ces faits, nous citerons la proche parente d'un professeur de Paris, à laquelle les soins de toutes sortes n'avaient rien fait contre les suites d'une atteinte de choléra. Les eaux de Dieppe, prescrites par cet habile praticien, opérèrent seules, au bout de très-peu de temps, le retour à la santé, qu'on avait demandé vainement jusqu'alors aux autres secours de la médecine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'un accouchement laborieux. — Présentation des deux mains et du pied droit. — Rupture des membranes depuis treize jours. — Version difficile. — Naissance d'un enfant mort. — Métrite imminente arrêtée dans son développement par les antiphlogistiques et les saignées locales. Par M. Dufour père, D.-M. à Montargis.

Obs. — Au mois d'octobre dernier, me trouvant à Saint-Amand, arrondissement de Cosne, département de la Nièvre, je fus prié de me transporter auprès de la dame Boucher, en mal d'enfant depuis 6 heures du matin. Il était alors 5 heures du soir.

Je trouvai près de la malade M. Le Blois, chirurgien instruit, qui me rendit compte de ce qui avait précédé.

Madame Boucher, d'un tempérament lymphatico-sanguin, grande, forte et bien constituée, est âgée de 40 ans; elle a eu huit enfans presque tous vivans. Aucun de ses accouchemens n'avait jusqu'ici présenté d'accidens, ni dans l'acte de la parturition, ni dans ses suites. Cette fois les chances ne présentaient pas la même innocuité.

Déjà depuis treize jours les eaux s'étaient écoulées : des douleurs vaguement expulsives n'avaient pas contraint la malade à un repos parfait; un suintement mucoso-sanguin n'avait pas semblé l'affaiblir; le toucher, pratiqué immédiatement après l'écoulement des eaux, n'avait pas fait croire à une délivrance prochaine.

Le jour où je fus appelé, entre 5 et 6 heures du matin, une nouvelle exploration, rendue nécessaire par le rapprochement et l'intensité des douleurs, avait fait penser que l'accouchement se préparait. Vers 4 heures de l'après-midi, une vive douleur engagea le membre thoracique droit. A 5 heures, quand M. Le Blois et moi nous touchâmes la malade, ce membre était sorti jusqu'à l'aisselle; on distinguait manifestement le thorax; le doigt pouvait même sentir la partie inférieure et antérieure du cou; ce qui faisait supposer que la tête était renversée sur le dos. Les tégumens du bras avaient la couleur normale; mais l'artère radiale était insensible.

L'indication de la version était précise. Pour y parvenir, je refoulai le bras droit. A peine avait-il dépassé le museau de tanche, que le gauche, jaillit à l'instant, et tandis que je cherchais les pieds, les deux bras, dans un mouvement que l'engourdissement de mon poignet me contraignit à faire, surgirent à la fois jusqu'au coude. Nous manœuvrâmes alternativement tous les deux sans plus de réussite. Comme la perte était assez forte, mais seulement pendant nos tentatives, et que la patiente me semblait très-fatiguée, je proposai de suspendre le travail pendant une heure.

Vers 8 heures, la malade abattue, désespérée, nous fit appeler de nouveau. Elle nous conjurait d'abréger, autant que possible, l'affreuse position dans laquelle elle se trouvait. Mon petit-fils, M. le docteur Doquin de Saint-Preux, chirurgien-major du 14e régiment d'infanterie légère, qui se trouvait alors avec moi à Saint-Amand, se joignit à nous.

Pendant la suspension des manœuvres, le pied droit, dont le talon répondait à la symphise sacro-iliaque droite, s'était présenté dans le vagin, tout près de la vulve, où il se trouvait conjointement avec les deux mains, qui étaient appliquées contre la partie gauche de la paroi vaginale, la droite en avant, la gauche en arrière.

Il était évident, d'après ces indices, que l'enfant présentait toujours la partie antérieure du tronc, et que le seul moyen de terminer l'accouchement était d'aller chercher l'autre pied et de l'amener à la vulve. Le col permettait l'introduction de la main; il était dilaté et même assez souple.

M. Doquin appliqua un lacq au pied qui s'était présenté près de la vulve, afin de l'y retenir, et, sans s'occuper des bras, il introduisit la main gauche

dans le vagin, puis dans l'utérus, en appuyant la face palmaire de cette main contre le membre inférieur droit du fœtus qui servit à la guider.

Quand il eut atteint la fesse droite de l'enfant, il essaya, mais vainement, de porter sa main en arrière pour saisir la cuisse gauche, l'abaisser et ramener le pied gauche à la vulve. La matrice était appliquée d'une manière si étroite contre les parties renfermées dans sa cavité, ses contractions étaient parfois si fortes, que la main introduite ne jouissait d'aucune liberté dans ses mouvemens. Souvent même elle était engourdie, paralysée, au point de ne plus pouvoir agir, et l'accoucheur ne voulant point multiplier les introductions de la main, qui auraient été pour la matrice, déjà si vivement irritée, la cause d'un accroissement considérable d'irritation, était obligé d'attendre, pour la mouvoir, que la suspension des douleurs amenât la cessation de l'engourdissement.

N'ayant pu porter sa main en arrière pour saisir la cuisse gauche, il continua à la pousser en haut. Il prévoyait, au reste, qu'il rencontrerait dans cette direction le membre abdominal gauche, qu'il n'avait point senti jusque-là. En effet, après avoir introduit tout l'avant-bras dans l'utérus, il sentit, dans la partie la plus élevée de la cavité de ce viscère, les orteils du pied qu'il cherchait. Ce pied ne fut ramené à la vulve qu'avec une peine extrême, tant l'étroite application des parois de la matrice contre les parties qu'elle contenait rendait grande la difficulté d'imprimer le moindre mouvement à celles-ci.

Des tractions assez fortes, mais pourtant ménagées, furent exercées sur les deux pieds par l'intermédiaire des lacqs, afin de les amener hors de la vulve; mais ces tractions furent sans résultat; il fallut de nouveau introduire la main gauche, aller chercher les fesses, les saisir fortement et les entraîner en bas.

L'accouchement ne présenta plus dès lors aucune difficulté; l'enfant, qui était du sexe féminin et très-bien constitué, fut amené dans la seconde position des pieds. Il était mort, et, selon toute apparence, depuis un petit nombre d'heures; car la peau ne présentait aucune trace d'altération.

L'extraction du placenta n'offrit rien de particulier, l'écoulement du sang qui le suivit fut peu considérable.

Le ventre était d'une extrême sensibilité. L'irritation qu'avaient dû faire naître les manœuvres exécutées était partagée par l'utérus, la vulve et la vessie. On la combattit par la diète la plus sevère, les boissons gommeuses, les sangsues appliquées à quatre reprises à la vulve et aux aines, les lavemens de mauve et de morelle, les embrocations émollientes sur le ventre. Toutefois ce ne fut qu'au bout de dix jours que la tension et la douleur de l'abdomen eurent disparu avec la fièvre, et qu'on put regarder la malade comme sauvée. Quant à la convalescence, elle ne fut bien établie que vingt jours environ après l'accouchement.

Accouchement double. — Présentation du bras droit d'un enfant mâle. — Version facile. — Mort de cet enfant. — Naissance d'une fille conservée à la vie. Observation communiquée par M. Dufour, D.-M. à Montargis.

Obs. — M. le docteur Murat, un des médecins les plus instruits que je connaisse, fixé à Ferrières (à trois lieues de Montargis), mais ne se chargeant pas de la pénible fonction d'accoucheur, me pria, dans le cours de l'été de 1828, de venir donner des secours à la femme d'un garçon tanneur, en travail d'enfantement. J'arrivai à 8 heures du soir.

Les douleurs avaient commencé le matin; les eaux étaient écoulées sous les premiers efforts, et je trouvai entre les cuisses de la mère le bras droit, déjà sphacélé et dépouillé en partie de son épiderme. Il était facile de conclure que l'enfant était mort depuis quelques jours; aussi je ne songeai qu'à la version, qui ne fut ni longue ni difficile.

Il est nécessaire de dire que la femme était mal portante depuis deux mois, que le ventre avait présenté une expansion insolite, que les jambes étaient infiltrées, l'abdomen douloureux dans tout l'hypocondre droit, que tout, en un mot, faisait craindre qu'elle ne pût pas atteindre sans danger le terme de la gestation.

Il n'y avait pas eu de perte avant mon arrivée; il n'y en eut pas pendant la manœuvre.

Un quart-d'heure après l'extraction d'un enfant mâle, en partie putréfié, je voulus profiter de quelques douleurs pour faciliter, par de douces tractions, la sortie du placenta. Elle se fit aisément. Portant ma main dans l'utérus, dans le dessein d'en évacuer les caillots et quelques fragmens de membrane, s'il en restait, je fus étrangement surpris de trouver dans l'hypocondre droit un corps rond, dur et qui me parut avoir six à sept pouces de diamètre sur deux d'épaisseur. Mais bientôt je mis fin à mon exploration en sentant un autre enfant qui se présentait au passage.

Dans l'instant je saisis les pieds, et je présentai à la mère une fille, petite à la vérité, mais pleine de vie.

Mes premiers soins donnés à cette faible créature, je revins à la mère et achevai sa délivrance, non sans avoir besoin de frictionner le ventre avec ma main trempée dans de l'eau-de-vie chargée de sel, ce qui ranima l'utérus, fit naître quelques contractions et facilita la sortie du placenta, tout-à-fait entier et parfaitement distinct de celui du premier enfant.

Fort inquiet sur la nature du corps étranger que, dans ma première exploration, j'avais cru reconnaître dans l'hypocondre droit, je cherchai de nouveau à éclaircir mes doutes.

Je reconnus à travers l'utérus et hors de sa cavité un corps tel que je l'ai décrit plus haut; probablement il était antérieur à la grossesse, et sa contiguité à l'utérus n'avait pas permis à celui-ci de perdre ses formes normales. Il était à cet endroit à peine de l'épaisseur de 3 à 4 lignes, et je pus parfaitement juger de l'étendue et de l'épaisseur de ce corps étranger.

Dire de quelle espèce il était, s'il était une dégénérescence du mésentère, un kyste hydatique, une suite d'expansion graisseuse du rein droit, etc., c'est ce que je ne me permettrai pas. Toujours est-il qu'avec un bon régime, des boissons amères, des pilules de ciguë le soir, et de Beloste le matin, continuées trois mois, la femme a recouvré une santé parfaite, et que depuis elle n'a éprouvé aucune incommodité. La petite fille s'est fortifiée à tel point, qu'on me l'a amenée l'an dernier, et qu'elle a fait une partie du chemin à pied.

GAZETTE DU 20. N° 36.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

De la transmission des médicamens dans l'économie animale par le moyen de l'électro-galvanisme.

Il y a quelques mois qu'en rendant compte de l'état de la médecine chez nos voisins d'outre-mer, nous avons reproduit des expériences curieuses sur la transmission des maladies au moyen du fil conducteur d'une machine électrique (voir le n° 12 de ce journal). On se rappelle qu'une fièvre intermittente, au stade de la chaleur, a été communiquée par cette voie à une personne saine, indépendamment de toute autre cause de cette affection. Le docteur Smith, que le hasard avait fait le sujet de cette observation, s'occupa dès lors de rendre plus décisives les conclusions qu'elle semblait appeler, en procédant à une série d'expériences directes sur cette nouvelle vertu de l'électrité. Après plusieurs épreuves, répétées par d'autres médecins, il a constaté que le virus vaccin en particulier peut être conduit et déposé sur nos tissus par l'influence de ce fluide et y déterminer le développement de la vaccine chez les personnes non vaccinées, exactement comme on l'observe par les méthodes les plus parfaites de l'inoculation vaccinale. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer l'intérêt que la science et l'art doivent attacher à la confirmation de ces résultats. Mais ce n'est pas tout. En France, le docteur Fabré-Palaprat, antérieurement aux recherches que nous venons de signaler, avait déjà communiqué à l'un de nos corps savans une masse d'observations relatives à la propriété qu'il a trouvée au même fluide de conduire à travers nos organes un certain nombre de médicamens actifs. Ces deux ordres de faits représentent deux applications d'un même principe, car les uns et les autres reposent sur la puissance conductrice de l'électricité; seulement les premiers plus délicats, et partant plus difficiles à prouver que les seconds, exigent une vérification plus rigoureuse. En attendant que nous publions les recherches que nous essayons dans cette direction, nous allons faire part à nos lecteurs du résumé des expériences qui servent de preuves à la possibilité de la transmission des médicamens par le moyen de l'électro-galvanisme. Nous le pouvons d'autant mieux que le docteur Fabré Palaprat, avec la plus franche cordialité, nous a rendu témoin de la plupart de ces expériences et qu'il nous a même permis de les répéter avec ses instrumens. Afin de bien comprendre l'objet dont il s'agit, il importe de reproduire auparavant quelques théorèmes de la science électro-galvanique.

Tout le monde sait que l'électricité qui se dégage d'une pile galvanique a le pouvoir de décomposer la plupart des corps et d'en transporter les élémens à l'un ou à l'autre de ses pôles. Ce principe est le fondement des faits que nous allons exposer. Afin que la décomposition ait lieu, il faut d'abord que la pile soit douée d'une certaine énergie, et de plus que le courant électrique qui est susceptible de la parcourir se fasse sans obstacle à travers les pièces diverses de l'appareil que nous devons au génie de Volta. Ces deux conditions sont remplies, la première, en multipliant le nombre des paires métalliques qui forment la base de la composition de la pile, et généralement en y employant des plaques métalliques d'une surface plus ou moins étendue, la force totale de la pile étant en raison complexe du nombre des paires métalliques et de la surface des plaques. Quant à la seconde condition, elle est remplie en interposant entre les paires métalliques une substance conductrice du fluide, telle qu'un corps humide comme l'eau et encore mieux l'eau chargée de sel ou d'une certaine quantité d'acide. La pile ainsi montée, des conducteurs adaptés à l'un et à l'autre pôle servent à transmettre l'électricité et à opérer la décomposition des corps sur lesquels ce fluide agit. Jusqu'ici rien de remarquable et qui ne soit connu. Maintenant le docteur Fabré-Palaprat a observé que le transport des corps décomposés par la pile ne peut s'effectuer qu'en traversant un conducteur humide, de sorte que, s'il arrivait qu'une partie du conducteur de la pile fût à l'état sec et une autre pourvue d'une suffisante humidité, le corps en expérience ne traverserait pas la première, mais seulement celle qui aurait été suffisamment trempée de liquide.

On sait encore que des aiguilles d'acier, d'argent ou de platine, construites pour l'opération de l'acupuncture et enfoncées dans les parties vivantes avec certaines précautions, ne font éprouver absolument aucune douleur, et de plus, elles produisent des effets galvaniques que l'exercice de l'acupuncture chez les Chinois et parmi nous ont révélés manifestement aux observateurs. Si un certain nombre de ces aiguilles ainsi disposées sont mises en rapport avec l'un des pôles de la pile, l'électricité de ces pôles se transmet à ces aiguilles dont la conductibilité est bien connue. Dans ces circonstances, un corps qui serait décomposé par l'effort électrique de la pile pourrait se transporter, en suivant le cours de l'électricité, jusqu'aux organes qui seraient en communication avec le pôle vers lequel le corps serait appelé. Remarquons ici en passant que toutes les parties de l'arc conducteur formé soit par les aiguilles, soit par la peau, étant supposées parfaitement sèche, il n'y a pas de risque que le corps obtenu à l'un des pôles suive cette direction, puisque nous avons déjà dit que sa transmission ne s'opère que par la partie humide de l'arc conducteur. Dès lors on conçoit qu'il circule à travers nos organes jusqu'à l'extrémité des aiguilles qui y sont plongées; car dans ce trajet seul se trouve une humidité suffisante, et même, à cause de la nature des fluides qui imprègnent nos tissus, une humidité formée d'une dissolution saline ou alcaline, c'est-à-dire douée des conditions les plus propres à favoriser le transport des corps par l'électricité.

Après ces préliminaires, décrivons en peu de mots les procédés mis en usage par M. Fabré-Palaprat. Ils ont pour objet, comme nous l'avons dit, de transporter sur tel ou tel de nos organes une substance médicamenteuse attirée par un des pôles de la pile. Voici comment son appareil est disposé. Soit une pile d'une cinquantaine d'élémens chargée d'une certaine quantité d'acide sulfurique; les pôles de cette pile communiquent, l'un avec le corps dont on veut opérer la translation, l'autre avec une aiguille à acupuncture enfoncée dans la glande thyroïde, par exemple, ou dans l'estomac; en peu de temps, la substance médicamenteuse, telle que l'iode ou la quinine, s'élancent par une route inconnue jusqu'à la glande thyroïde, ou l'estomac, qui est en contact immédiat avec l'extrémité de l'aiguille. En répétant cette opération ou en la prolongeant à volonté, on conçoit que le transport du médicament se reproduit ou s'effectue sans discontinuité autant que l'exige

le besoin de l'organe qui est le sujet de l'expérience. Mais comment s'assurer de la vérité de cette translation? D'abord les preuves de faits peuvent attester que la guérison du goître, par exemple, ou la cessation d'une fièvre d'accès, pour poursuivre les exemples que nous avons supposés, ont eu lieu sous l'influence de la pratique précédente. Toutefois, comme il serait possible, à la rigueur, que ces guérisons fussent dues à d'autres circonstances qu'à l'action des substances médicamenteuses, comme, par exemple, à l'influence de l'électro-galvanisme toute seule, le docteur Fabré-Palaprat a dû s'occuper des moyens de rendre évident le fait même du transport de ces médicamens. C'est cette série d'expériences que ce médecin a bien voulu exécuter sous nos yeux, et que nous avons répétées nous-même de manière à lever tous nos doutes à ce sujet. Voici comment nous y avons procédé.

Nous avons placé une solution d'hydriodate de potasse dans un godet de porcelaine, dans lequel plongeait un fil de platine mis en communication avec le pôle cuivre d'une pile de 50 élémens à large surface; nous avons mis d'un autre côté, sur une plaque de platine, une solution d'amidon, dans laquelle plongeait un autre fil de platine communiquant avec le pôle zinc. Afin de compléter l'arc galvanique, un doigt de la main a plongé dans la solution iodée, et le doigt de l'autre main a été mis en contact avec la plaque de platine. La partie du conducteur qui se rendait de la pile à notre corps se trouvait parfaitement sèche. Quelques secondes après que l'arc galvanique a été formé de la manière que nous venons d'indiquer, nous avons remarqué que des points violacés ont commencé à se former autour du fil de platine qui plongeait dans l'amidon. Ces points se sont réunis peu à peu en augmentant de volume, et ont fini par présenter une ligne violette du fil à la main. La production de cette nuance ne laisse aucun doute sur la translation de l'iode de l'extrémité du conducteur du pôle cuivre à l'extrémité du conducteur du pôle zinc; car on sait que le critérium de la présence de l'iode, c'est la teinte violette que ce corps imprime à une solution d'amidon. Voici comment la chimie explique ce qui s'est passé. A l'instant où les deux électricités, dégagées aux deux pôles de la pile, se sont rencontrées, l'hydriodate de potasse placé au pôle cuivre s'est décomposé, l'hydrogène s'est dégagé, la potasse s'est fondue dans la solution aqueuse, et l'iode, puissamment attiré par l'électricité positive, s'est rapidement porté au pôle zinc, comme l'atteste, encore une fois, la coloration violette de la solution d'amidon placée à l'extrémité du conducteur de l'électricité du pôle cuivre.

L'iode a été choisi pour cette expérience de préférence à toute autre substance, parce qu'il a le privilége de témoigner sensiblement sa présence, à des doses infiniment faibles, dès qu'il est en contact avec une solution d'amidon; mais l'analogie force à conclure que la translation s'opérerait de la même manière en se servant de tout autre corps accessible à l'action de l'électricité, pourvu qu'on eût la précaution de mettre l'organe qui devrait le recevoir en rapport avec celui des deux pôles de la pile vers lequel sa nature électro-chimique tendrait à le porter.

Nous avons répété nous-même l'expérience avec l'iode, et d'abord elle ne nous a point réussi, quoique toutes les conditions fussent sensiblement les mêmes. Le docteur Fabré-Palaprat a constaté plusieurs fois l'incertitude du succès de ses épreuves. Toutefois, cette incertitude n'est que passagère; car, avec de la patience et en réitérant plusieurs fois l'opération, elle finit ordinairement par réussir. Ce médecin attribue cette espèce d'intermittence irrégulière à l'imperméabilité de la peau de l'expérimentateur pendant l'opération. Au surplus, nous sommes revenus à la charge, et alors nous n'avons pas tardé à voir la plaque de platine, chargée de la solution d'amidon, se recouvrir de la nuance caractéristique.

Si, comme le suppose le docteur Fabré-Palaprat, l'intermittence dont nous parlons tient à l'imperméabilité du tissu cutané de l'expérimentateur, qui interromperait passagèrement le transport de la substance en expérience, il est évident qu'en employant les aiguilles à acupuncture, de la manière que nous l'avons exposé, cette intermittence ne saurait avoir lieu, puisque l'arc conducteur est alors rempli par une matière inerte dont rien d'accidentel par conséquent ne peut changer la conductibilité. Quoi qu'il en soit, il est pour nous hors de doute que le transport de certains médicamens sur nos organes par le moyen d'un courant électro-galvanique est un fait réel, quoique nous ignorions complétement la route de cette transmission et le mécanisme des causes qui la mettent en jeu.

Avant de terminer notre exposition, nous devons faire connaître quelques précautions dont il est nécessaire de s'entourer pour assurer le succès de ces expériences: lorsqu'il s'agit d'opérer sur un corps composé, comme un acide, par exemple, il faut se contenter d'une pile peu énergique, c'est-à-dire formée d'un petit nombre de plaques et de plaques de dimensions modérées. Dans le cas contraire, le corps serait lui-même décomposé et l'on n'en obtiendrait que les élémens. C'est ainsi qu'on agirait si l'on voulait procéder à la destruction lente d'un tissu exubérant, en se servant de nitrate de potasse. Un simple courant suffirait pour dégager l'acide nitrique de sa base et le faire parvenir au lieu d'élection. Un autre inconvénient accompagne encore l'usage d'un courant trop énergique. La quantité d'électricité qui arrive par ce moyen peut ébranler assez fortement les tissus pour les détruire, et si l'on s'est servi d'aiguilles à acupuncture, l'extrémité de celles-ci peut entrer même en incandescence et scarifier plus ou moins profondément le trajet qu'elles ont parcouru; c'est même cette pratique que le docteur Fabré-Palaprat emploie le plus souvent pour obtenir des moxas.

ÉPIDÉMIES.

Mémoire sur la pneumonie rémittente épidémique, qui a régné pendant l'hiver de 1832 dans le canton d'Aubin, département de l'Aveyron; par M. le docteur Grifoulière, de Flanhac (Aveyron.)

(Suite et fin. — Voir le numéro 54.)

DESCRIPTION GÉNÉRALE.

Cette pneumonie, je l'appelle rémittente, plutôt à cause de la fièvre vraiment rémittente à laquelle elle était liée, que pour présenter elle-même des

alternatives de plus et de moins dans ses progrès. Ce n'est que dans le plus petit nombre de cas, il est vrai, que j'ai été à portée d'examiner les malades durant le paroxysme, qui arrivait presque toujours la nuit. Mais, autant que j'ai pu m'en assurer, le phlegmon s'étendait bien d'une manière plus sensible alors, mais il ne semblait pas diminuer ensuite, comme la fièvre et les autres accidens. Une partie du poumon, une fois envahie, ne revenait guère à son état naturel que l'on n'eût combattu la maladie par des moyens vraiment efficaces.

Une toux inaccoutumée précédait toujours son développement; deux, trois, quatre jours, plus ou moins, se passaient ainsi avec les indices d'un simple catarre pulmonaire, jusqu'à ce que pendant la nuit, et quelques heures avant l'arrivée du jour le plus ordinairement, l'épidémie s'annonçât par des symptômes qui n'étaient pas toujours les mêmes. Tantôt elle se déguisait sous les apparences d'une pneumonie simple d'abord : d'autres fois, au contraire, elle dévoilait tous ses traits, même dès le début.

Les uns étaient pris, comme à la naissance d'une véritable inflammation ou de toute autre maladie grave, d'un frisson violent avec tremblement qui durait deux ou trois heures. Ce frisson était suivi de fortes céphalalgies et d'injection de la face; de légères douleurs ne tardaient pas à se faire sentir dans un côté de la poitrine. La toux des jours précédens s'exaspérait avec dyspnée, crachats muqueux, tenaces, mêlés de sang dès les douze premières heures. Jusque-là ce ne semblait être qu'un phlegmon ordinaire; mais ensuite, dans le même jour survenaient des sueurs extrêmement abondantes, qui, loin d'amener une détente salutaire, n'avaient d'autre effet que de contribuer au délabrement des forces. Le pouls était beaucoup plus fréquent et plus mou qu'il n'aurait dû l'être sur un pneumonique.

Ces cas ne présentaient guère d'exacerbation bien tranchée avant le quatrième jour, au moins le plus souvent. Alors se dessinaient les caractères de l'épidémie, plutôt par une augmentation des symptômes précédens à une heure déterminée, que par leur relâche à une autre heure; car le pouls continuait d'être précipité, et la peau très-chaude durant la rémission.

Quelques pneumoniques même n'ont présenté de périodicité que plus tard, au sixième, septième ou huitième jour; mais je croirais volontiers que chez ces derniers l'épidémie régnante venait alors compliquer une maladie qui d'abord était simple. Car, avant l'époque des redoublemens, la maladie avait marché avec les caractères propres à la pneumonie, sans pouls débile, sans sueurs, et semblaient tendre à la résolution par la seule méthode antiphlogistique.

Il faut dire aussi qu'on observa dans le même temps quelques pneumonies franches, dont le cours fut régulier et ne laissa jamais apercevoir aucun des caractères épidémiques.

Chez les autres, au contraire, comme nous l'avons déjà dit, l'épidémie débutait avec tous ses caractères de prime abord. Ces derniers, après s'être couchés le soir bien portans, étaient réveillés quelques heures avant la fin de la nuit, le plus souvent par une toux sèche et opiniâtre qui ne leur laissait guère de relâche, et dont les efforts causaient dans la tête une douleur déchirante, bientôt suivie d'une autre encore plus vive dans un des côtés de la poitrine. Si la respiration était dès lors très-gênée, c'était par l'effet du spasme autant que par l'obstruction des voies aériennes, qui du reste marchait souvent avec une rapidité surprenante. Si quelques crachats étaient expectorés, on les voyait sanguinolens.

Ce n'était que cinq ou six heures après que se faisaient sentir, dans diverses parties du corps, de légers frissons, suivis bientôt de sueurs abondantes et longues. En arrivant auprès de ces malades, douze ou quinze heures après l'invasion, on les trouvait déjà moins souffrans. Cependant la douleur pongitive de côté persistait encore, la respiration était accélérée, la face était pâle, excepté un peu de rougeur livide vers les pommettes; la céphalalgie quelquefois nulle, d'autres fois légère, le plus souvent caractérisée par une pesanteur, un étourdissement, plutôt que par une douleur véritable. La pulvérulence des narines commençait déjà à se faire distinguer chez ceux dont les paroxysmes devaient avoir dans la suite le plus de gravité. Une vapeur abondante s'élevait de dessous leur couverture; on les trouvait couchés sur le dos, avec un léger météorisme de l'abdomen; la peau très-chaude, le pouls très-fréquent, sans être dur, mais cédant au contraire, et se brisant facilement sous les doigts.

A l'examen de la poitrine, on trouvait de l'inflammation dans un poumon, quelquefois dans tous les deux; car le son était plus ou moins mat dans une certaine étendue, presque toujours au dos; l'oreille faisait entendre dans le même point la crépitation, et même le souffle bronchique dans les cas les plus graves. Oui, le poumon s'est trouvé hépatisé au bout des dix ou douze premières heures; et, dans ces cas, il y avait encore un autre phénomène non commun aux pneumonies ordinaires; c'est que le souffle bronchique s'entendait dans une étendue très-circonscrite, et que l'on avait beau chercher attentivement çà et là pour entendre la crépitation autour du noyau hépatisé, on n'y entendait qu'un bruit naturel.

Ces ravages, produits si promptement dans le poumon, ne faisaient point ensuite les progrès que l'on aurait pu craindre dès la première attaque; car, après trois ou quatre paroxysmes, il n'y avait souvent que, comme après le premier, souffle bronchique dans une étendue circonscrite, souffle naturel tout autour. Malgré la douleur pongitive, aucun signe physique n'annonçait que la plèvre fût enflammée; car jamais l'égophonie ne se fit entendre, jamais on ne put constater un épanchement après huit, dix jours de douleur, et, si le point douloureux était à la partie moyenne ou supérieure d'un des côtés du thorax, la partie inférieure du même côté rendait un son clair durant tout le cours de la maladie, à moins que l'on n'y entendît ou crépitation ou souffle bronchique, c'est-à-dire que le poumon n'y fût enflammé. En un mot, ces pneumonies présentaient les douleurs pleurétiques quand les plèvres costale et pulmonaire étaient le plus souvent dans leur intégrité, ce que constataient la percussion et l'auscultation faites avec soin durant tout le cours de la maladie, et qui donnent, pour le diagnostic des affections de poitrine, la certitude presque de l'autopsie. A moins que quelqu'un ne veuille prétendre que la plèvre était enflammée alors, mais que cette inflammation était de nature à ne pas produire l'épanchement accoutumé.

Quand il arriva que la maladie attaqua la plèvre

seule, on la vit souvent abandonner brusquement ce premier siége à un nouvel accès pour se porter sur un autre organe, ce qui n'arriva jamais pour le parenchyme du poumon, qui, une fois attaqué, présenta toujours ou crépitation, ou souffle bronchique, ou tout autre souffle qui indiquait que la respiration y était lésée, jusqu'à la solution de la maladie.

On ne peut distinguer aucun cas de pneumonie véritablement intermittente.

Quel qu'eût été son mode de développement, l'épidémie se dessinait toujours, ou plus tôt ou plus tard, par des caractères à elle propres. Après quelques paroxysmes, la face devenait toujours pâle, même lorsqu'il n'y avait pas eu d'évacuations sanguines; le météorisme de l'abdomen augmentait un peu sans cependant devenir jamais considérable; quelquefois à l'issue du redoublement, les malades éprouvaient beaucoup de borborygmes.

Dès les premiers jours, il apparaissait aux lèvres une éruption de vésicules, le lendemain les lèvres étaient recouvertes de croûtes noirâtres, résultat de l'exsiccation de la sérosité sanguinolente qui avait exsudé des vésicules rompues. Les sueurs abondantes qui avait apparu dans l'intervalle des trois ou quatre premiers paroxysmes, ou se supprimaient ensuite, ou devenaient beaucoup moindres.

Les exacerbations revenaient périodiquement une fois toutes les 24 heures durant tout le cours de la maladie, et presque toujours à l'entrée de la nuit ou durant la nuit. Les accès qui n'étaient pas pernicieux étaient annoncés le plus ordinairement par quelques légers frissons dans une ou plusieurs parties du corps, par un froid aux pieds quelquefois; mais d'autres fois aussi il n'y avait pas de frisson. Une rougeur circonscrite se développait sur les pommettes, la soif devenait considérable, le pouls un peu plus fréquent et plus dur, la respiration plus accélérée et la dyspnée plus grande; les douleurs de côté beaucoup plus vives, excepté dans quelques cas où elles étaient nulles. Les malades éprouvaient un surcroît d'anxiété, refusaient de prendre les remèdes, s'agitaient continuellement dans leur lit, ne pouvaient souffrir le poids des couvertures; ils étaient pris de délire et ne cessaient de parler durant toute la nuit; la tête devenait alors douloureuse, au moins le plus souvent.

A l'approche du jour, ces symptômes diminuaient quelquefois peu à peu, d'autres fois subitement. Quelques malades disaient avoir senti comme quelque chose passer devant leurs yeux, et qu'aussitôt ils avaient repris leurs sens; car, dans ces cas d'accès ordinaires, les malades conservaient le souvenir de leurs souffrances et de leurs rêves.

Mais, dans les exacerbations pernicieuses, il en était bien autrement. Si les malades pouvaient se rappeler et rendre compte de la manière dont ils avaient passé la nuit, pour les premiers accès, bientôt leur mémoire devenait confuse, et en leur demandant combien ils avaient souffert : « On me dit, répondaient-ils, que j'ai été bien mal. » Dans ces cas-là on remarquait un état de stupeur qui persistait même durant la rémission; la face était plus décomposée, les narines pulvérulentes, le météorisme du ventre plus grand, la prostration extrême dès les premiers jours, le pouls plus misérable, sans être moins fréquent, et, loin de se relever et de devenir plus fréquent dans l'exacerbation, il devenait, au contraire, alors plus lent, irrégulier, inégal aux deux bras quelquefois, concentré, filiforme, imperceptible même long-temps avant la mort, dans le paroxysme qui devait se terminer par elle. Un symptôme prédominant sur tous les autres, et qui changeait quelquefois d'un accès au suivant, faisait le principal tourment des malades : c'était tantôt une douleur mordicante dans un côté de la tête; tantôt un bras faisait éprouver des souffrances horribles et était insensible au toucher; le plus souvent c'étaient des douleurs aiguës pongitives dans le côté affecté, qui semblait s'ouvrir, ainsi que la tête, par les efforts d'une toux sèche et presque continuelle.

Abandonnés à eux-mêmes, les malades succombaient infailliblement du troisième au sixième accès dans les cas les plus graves, et, dans les autres, un peu plus tard, du huitième au dixième jour, comme dans une pneumonie simple.

Traitement.

S'il est une maladie qui semble devoir être victorieusement combattue par les évacuations sanguines, c'est assurément l'inflammation du parenchyme des poumons. Ces organes, essentiellement vasculaires, et dans lesquels il se fait une double circulation, sont dégorgés d'une manière très-prompte, si le sang vient à se repandre par la grande ouverture d'un gros tronc veineux faite dans une partie quelconque du corps. En effet, cette effusion diminue la quantité du sang qui va se rendre dans les cavités droites du cœur; l'oreillette droite, dégorgée presque immédiatement, a plus de place pour recevoir le sang, qui retombe ainsi plus facilement du cerveau, où il était en stagnation à cause de l'obstruction du poumon et de celle des cavités droites du cœur, qui en est une conséquence nécessaire; l'artère pulmonaire apporte donc moins de sang; les veines pulmonaires en reprennent la même quantité qu'auparavant, et même plus promptement, car les cavités gauches se trouvent dégorgées elles-mêmes par la soustraction qu'a faite aux dernières ramifications artérielles l'effusion prompte du sang veineux. A peine le sang a cessé de couler, que la petite circulation propre aux poumons se fait avec plus de liberté, sans parler de celle qui a lieu par les artères et les veines bronchiques destinées à nourrir ces organes, et dépendantes de la circulation générale. La pesanteur de tête diminue à proportion que le sang s'écoule; la respiration se fait avec plus de liberté, parce que l'air trouve un accès plus libre vers les cellules pulmonaires, dont un moment auparavant les parois, ainsi que celles des voies étroites qui y conduisent, étaient épaissies et rapprochées par le sang qui les distendait : aussi une simple pneumonie est-elle toujours sensiblement allégée par la saignée, et il n'est pas rare d'en voir dont la marche est subitement arrêtée par ce seul moyen.

Mais toutes les pneumonies que l'on rencontre dans la pratique sont loin de se ressembler sous le rapport des causes qui les ont déterminées, et exigent une grande prudence et un grand discernement pour être traitées chacune de la manière qui lui convient. Dans l'épidémie dont il s'agit, de larges évacuations sanguines que l'on pratiqua d'abord sur les premiers sujets qui en furent atteints, ne surent que rendre les paroxysmes suivans plus graves; et si l'on s'en tenait à la seule méthode antiphlogistique et évacuante, les malades périssaient et

même souvent plus tôt que s'ils eussent été abandonnés à eux-mêmes. Pour bien réussir, il fallut faire marcher, pour ainsi dire, de front, deux sortes de traitement.

Les premiers moyens à employer devaient être dirigés contre l'inflammation locale, et maniés avec une énergie proportionnée à la turgescence sanguine qui se manifestait d'abord, au tempérament et à la constitution du sujet, et surtout à l'état de son pouls. En général, dans tous les cas où l'épidémie fut bien caractérisée dès le début, l'habitude entière du sujet, quelle que fût d'ailleurs la force de sa constitution, m'avertissait assez qu'il fallait être avare des évacuations sanguines. Les malades supportaient mal de fortes saignées; celles-ci faisaient passer promptement la face à un état de pâleur, n'allégeaient nullement l'étourdissement et la pesanteur de tête, rendaient bientôt le pouls plus misérable. Le sang arrêté, le malade n'éprouvait pas le soulagement accoutumé; l'anxiété paraissait, au contraire, s'accroître; des borborygmes se manifestaient; le sang était sans couenne dans le début, couenneux le plus souvent dans le cours de la maladie. Quelques malades guérirent très-heureusement sans perdre de sang.

Cependant, comme pendant les premiers jours le pouls était très-fréquent et la peau très-chaude, même dans l'intervalle des paroxysmes, je crus toujours convenable de chercher à obtenir un peu plus de rémission pour assurer la réussite des autres moyens. Le quinquina, en effet, dont l'action est d'ailleurs si héroïque contre toutes les affections qui se montrent avec une périodicité bien déterminée, a toujours de la peine à mordre sur elles, s'il n'est donné dans un moment de calme plus ou moins bien établi.

Les moyens donc à mettre secondairement en usage devaient être dirigés contre l'infection générale qui tenait la maladie organique sous son empire, et la faisait résister à tout traitement, tant qu'elle n'était pas elle-même combattue par des moyens directs et appropriés. Tout ce qu'on put obtenir de plus heureux, lorsqu'on n'eut égard qu'à l'affection locale, fut de ralentir sa marche dans quelques cas où les paroxysmes étaient légers, et de la tenir pour ainsi dire en suspens, jusqu'à ce qu'on eût fait cesser les redoublemens. Si, dans l'observation première transcrite ci-dessus, il n'y avait que crépitation au septième ou au huitième jour, je croirais bien que cela était dû à la forte saignée pratiquée d'abord. Néanmoins nous allions passer à l'hépatisation; elle avait même commencé dans le dernier paroxysme, et aurait probablement envahi tout le poumon dans les suivans, s'ils n'eussent été prévenus; mais dès que le kina eut triomphé de la cause, le poumon revint à son état naturel d'une manière graduelle et très-sensible. L'irritation manifeste des premières voies, qui compliquait le plus souvent l'affection de la poitrine, m'empêcha de recourir aux expectorans énergiques, Mais quand l'estomac fut exempt d'inflammation, le polygala, le kermès à haute dose, le tartre stibié, furent mis en usage conjointement avec les révulsifs, et ne triomphèrent seuls que bien rarement.

Le quinquina fut le moyen infaillible, quand il fut donné au moment convenable et à assez haute dose. S'il fut lent à produire son effet dans l'observation troisième ci-dessus, je crois que cela fut dû à la continuité de la fièvre d'une part, et de l'autre à l'irritation gastrique, malgré lesquelles il fallut l'administrer, en raison de l'intensité des paroxysmes.

Cependant il n'est pas probable qu'administré seul dès le principe, le kina eût produit les bons résultats qu'on en obtenait ensuite. Il est vraisemblable, au contraire, qu'il n'aurait servi, surtout chez les sujets forts et robustes, qu'à aggraver l'inflammation de la poitrine, à en allumer une nouvelle dans les premières voies et à hâter la désorganisation des parties affectées.

Du reste, les vésicatoires parurent être un des plus puissans auxiliaires du quinquina, et l'opium sembla aussi devoir lui être associé, quand il n'y eut point de congestion vers la tête, et que la muqueuse gastrique et intestinale parut irritée.

Il n'est pas à ma connaissance que l'on ait jamais négligé le kina pour recourir à d'autres toniques ou à d'autres stimulans. Dans l'inflammation d'un organe aussi important que le poumon, ce n'était qu'à regret, pour ainsi dire, que l'on employait une médication tonique, alors même que l'indication en était manifeste et que tout était désespéré sans elle: aussi préféra-t-on toujours un remède presque infaillible à ceux dont l'action est beaucoup moins certaine. Si on lui associa le camphre quelquefois, ce ne fut que quand les premières voies parurent tout-à-fait exemptes d'irritation.

Ce mode de traitement a presque toujours été couronné de succès. Les malades qui ont succombé étaient ou ceux auxquels le quinquina n'avait pas été donné à propos, ou ceux chez lesquels un premier paroxysme, survenu à l'improviste dans le cours d'une maladie qui semblait tendre à une terminaison heureuse, produisit aussitôt des désordres irréparables.

Cet épidémie, si extraordinaire dans un canton comme le nôtre, n'aurait pas semblé telle partout ailleurs. Il n'est pas rare, en effet, que des caractères de périodicité viennent se joindre à un grand nombre d'affections organiques, soit chroniques, soit aiguës, dans les lieux malsains, bas et marécageux. Ainsi dans les mois d'août et de septembre dernier, les salles de l'hôpital Saint-Eloy, de Montpellier, présentaient des cas semblables presque à chaque lit. Toutes les affections, pour ainsi dire, y présentaient des redoublemens périodiques et étaient jointes souvent aussi à un état saburral des premières voies. L'ipécacuanha, le quinquina et tous les stimulans, précédés cependant des saignées presque toujours, étaient prodigués par M. Broussonnet, et avec un succès remarquable. Néanmoins notre épidémie m'a toujours rappelé un cas qui y a rapport, et dans lequel ce praticien fut loin d'être aussi heureux, pour avoir employé le quinquina, le camphre, l'éther avec trop de profusion, sans tenir compte de l'inflammation locale. C'était un homme d'environ 60 ans, qui, autant que je puis me le rappeler, ne fut pas saigné dans le commencement: il présentait des paroxysmes irréguliers; les stimulans ci-dessous lui furent continués tous les jours. Au troisième ou au quatrième, la tête commença à se prendre: à la visite, on le trouvait habillé et assis à côté de son lit, demandant son billet de sortie. Le sixième jour il mourut inopinément. A l'autopsie, nous trouvâmes un poumon tout entier dur, pesant et entièrement semblable à la substance du foie, lorsqu'on n'avait rien soupçonné de semblable pendant la vie, faute d'un examen assez attentif: preuve que dans de telles affections il faut tenir compte des lésions locales qui accompagnent

l'entoxication générale, et que le plus souvent, pour guérir le malade, il faut le concours des antiphlogistiques et des autres moyens appropriés à la pneumonie.

N. du R. Le mémoire qu'on vient de lire nous a fourni l'occasion d'adresser à M. le professeur Bouillaud une question à laquelle il s'est empressé de répondre. Nous priions cet honorable confrère, dans notre avant-dernier numéro, de nous dire si, après avoir lu le mémoire de M. Grifoulière, il reconnaissait avec nous « que les maladies peuvent, avec les mêmes formes, changer de nature sous l'influence des constitutions médicales, et repousser l'emploi des moyens qui auraient réussi dans les circonstances ordinaires. » M. Bouillaud nous a fait l'honneur de nous répondre immédiatement. Nous nous expressons d'insérer sa lettre textuellement, en nous félicitant d'avoir pu amener cet habile professeur à s'expliquer sur un fait qui montre au plus haut degré l'influence des constitutions médicales dans la formation des maladies. Voici la lettre de M. Bouillaud.

A M. le Rédacteur de la Gazette médicale.

Monsieur et honoré confrère,

A l'occasion d'un mémoire de M. Grifoulière, inséré dans le dernier numéro de votre journal (1), vous rappelez une discussion qui s'est élevée entre nous au sujet des constitutions médicales, et vous me priez de vous dire, après avoir lu le mémoire indiqué, si je reconnais avec vous que les maladies peuvent, avec les mêmes formes, changer de nature sous l'influence des constitutions médicales, et répousser l'emploi des moyens qui auraient réussi dans les circonstances ordinaires.

Avant de répondre à cette question, posée dans des termes malheureusement un peu vagues, vous me permettrez de vous en adresser une autre que voici : Pensez-vous que la pneumonie fût la seule maladie, ou même la maladie principale, fondamentale, qui existât dans tous les cas rapportés par M. Grifoulière? Si, comme j'ai lieu de le croire, vous ne pensez pas que la pneumonie fût toute la maladie, ou même que la pneumonie constituât l'élément principal des cas indiqués, il est clair que vous me priez de vous dire si, dans cette maladie complexe, dont la pneumonie n'est qu'un des facteurs (lequel facteur n'est peut-être pas le principal), on doit se comporter comme si l'on avait affaire à une pneumonie pure et simple. Or, douter de la réponse que vous obtiendrez de moi, après une pareille interpellation, c'est douter de ce que je vous répondrais dans le cas où vous me demanderiez si le tout est plus grand que la partie, ou du moins si le tout est égal à la partie. Supposer quelqu'un capable de former cette dernière *équation*, c'est lui supposer plus que de l'absurdité, et pourtant une telle équation ne serait pas plus folle que l'espèce d'*équation* médicale (passez-moi cette expression) dont il s'agit plus haut. Ainsi donc, dans l'hypothèse que je viens de supposer, savoir, que l'épidémie décrite par M. Grifoulière était autre chose qu'une pneumonie (2), la question que vous me faites n'en est réellement pas une, ou si c'en est une, elle se range parmi celles qui, pour un homme doué de sens commun, ne comportent pas deux réponses.

Or, l'hypothèse précédente est la seule admissible, car il est impossible que vous considériez les faits rapportés par M. Grifoulière comme rentrant dans la catégorie d'une pneumonie simple, je veux dire sans complication. S'il en était pourtant ainsi, je n'aurais rien de mieux à faire pour vous réfuter que de remettre sous vos yeux le passage suivant de l'auteur consciencieux et éclairé dont vous avez publié l'excellent mémoire : « Ce ne fut pas sans une » grande surprise que les médecins du pays virent » éclore une épidémie dans laquelle l'affection pul- » monaire paraissait le plus souvent ne pas être la » PRINCIPALE CHOSE A CONSIDÉRER... Dans l'épidémie » actuelle, il existait, avec la maladie locale, une » infection générale qui semblait en être la cause. » Plus loin, M. Grifoulière dit qu'on vit « l'épidémie » laisser quelquefois le poumon dans son intégrité, » et se montrer ouvertement sur d'autres organes » par des caractères qui ne permettaient pas non » plus de la méconnaître. Bien plus, dans quelques » cas elle abandonna brusquement l'organe qu'elle » s'était choisi d'abord pour en attaquer un second, » qu'elle quittait aussi à son tour quelquefois pour » reprendre son premier siége ou se porter ail- » leurs, etc. »

Que M. Grifoulière décrive ensuite, sous le nom de pneumonie rémittente épidémique, une maladie épidémique que l'on vit laisser quelquefois le poumon dans son intégrité, c'est là sans doute un système de nomenclature que vous pourrez trouver excellent comme le mémoire lui-même ; mais vous me permettrez de vous faire observer qu'une pneumonie dans laquelle les poumons conservent leur intégrité peut très-bien se guérir par quelque méthode que ce soit, sans que je doive avouer avec vous « que jamais argument n'est venu plus invincible et plus à propos pour confirmer ce que vous avez avancé, il y a quelques mois, dans votre discussion sur les constitutions médicales avec l'auteur de cette lettre. »

Le public, fort oublieux de sa nature, surtout à l'égard de certaines personnes, ne se souvient plus sans doute des argumens que j'ai fait valoir en faveur de mon opinion. Je me garderai cependant bien de les lui répéter. Tout ce que je lui demande, ainsi qu'à vous, monsieur et honoré confrère (et ce n'est pas trop exiger et de vous et de lui), c'est de ne pas me faire parler autrement que je n'ai parlé, et de ne pas m'accuser, par exemple, d'avoir soutenu que dans les maladies rémittentes ou intermittentes, quelles que soient d'ailleurs ces maladies, il n'y a pas un élément spécial qui réclame un mode de traitement également spécial.

Voici maintenant une réponse catégorique à la question abstraite et générale qui m'a été adressée par la Gazette médicale. J'ai bien quelque peine à reconnaître avec ce journal que les maladies peuvent, avec les mêmes formes, changer de nature sous l'influence des constitutions médicales ; mais en admettant qu'il en soit ainsi, et que les maladies dont les constitutions médicales ont changé la nature, les formes restant les mêmes, repoussent l'emploi de moyens qui auraient réussi dans les circonstances ordinaires, il s'ensuit que j'ai gain de cause contre

(1) Mémoire sur la pneumonie rémittente épidémique, etc.

(2) Donner à la maladie complexe qui fait le sujet du travail de M. Grifoulière le simple nom de pneumonie, ce serait user d'une nomenclature par trop vicieuse, et commettre, pour parler à la manière de Bichat, un contre-sens de mots.

la Gazette; car une maladie qui a changé de nature, sous quelque influence que ce soit, n'est plus ce qu'elle était auparavant, et j'ai toujours soutenu que c'est cette nature (1) des maladies qui doit être en quelque sorte le point de mire de toute méthode thérapeutique. J'ajouterai qu'une maladie dont la nature n'est pas la même que celle d'une autre ne doit plus porter le même nom, et que, par exemple, une pneumonie qui n'est pas de la nature de la pneumonie ne doit pas plus être désignée sous le nom de pneumonie qu'elle ne doit être traitée comme une pneumonie.

Au reste, dans un prochain ouvrage sur le traitement des pneumonies, je reviendrai sur l'influence des constitutions médicales, important sujet qu'on ne peut qu'effleurer dans un article de journal.

Agréez, monsieur et très-honoré confrère, l'expression de mes sentimens distingués,

Bouillaud.

6 juillet.

Réponse du rédacteur à la lettre de M. Bouillaud.

Quoique la réponse qu'on vient de lire soit évasive, entortillée, entourée d'incidences et de questions indirectes, nous allons tâcher d'en résumer tous les points avec ordre, et de répondre à chacun d'eux de manière à n'avoir pas besoin d'y revenir.

1° M. Bouillaud nous demande si la maladie observée par M. Grifoulière et désignée par ce médecin sous le nom de pneumonie rémittente épidémique, était une pneumonie ordinaire, sans plus qu'une pneumonie pure et simple ; en un mot, si la pneumonie dont il s'agit était toute la maladie épidémique. Dans la crainte que nous ne répondions par l'affirmative, quoiqu'il ait déclaré d'avance très-poliment, que pour un homme doué du sens commun, cette question ne comporte pas deux réponses, M. Bouillaud s'évertue néanmoins à nous prouver, par les termes mêmes du mémoire de M. Grifoulière, que la maladie observée et décrite par lui avait des élémens de plus que la pneumonie ordinaire. Nous regrettons vraiment que M. Bouillaud ait cru devoir prendre cette précaution contre notre sens commun. Nous admettons avec lui, sans contestation aucune, que la maladie dont il s'agit avait des élémens différens, et en plus de ceux de la pneumonie ordinaire, car c'est précisément sur ce fait qu'est basée notre doctrine des constitutions médicales : M. Bouillaud ne paraît pas le comprendre encore.

Après des frais de logique en pure perte, pour prouver que la pneumonie observée par M. Grifoulière ne devait pas s'appeler une pneumonie rémittente et épidémique, M. Bouillaud aborde la réponse que nous lui demandions. Voyons cette réponse :

2° M. Bouillaud n'ose se prononcer sur la question que nous lui avons faite. « J'ai bien quelque peine à reconnaître, dit-il, que les maladies peuvent avec les mêmes formes changer de nature sous l'influence des constitutions médicales ; mais en admettant qu'il en soit ainsi ...., il s'ensuit que j'ai gain de cause contre la Gazette... Nos lecteurs auront peine à comprendre la légitimité d'une pareille conclusion. M. Bouillaud s'est épargné sans doute des frais de logique qu'il a crus inutiles et superflus : nous allons suppléer à son silence et suivre sa déclaration dans toutes ses conséquences.

Si M. Bouillaud admet, avec quelques peine, il est vrai, mais enfin il l'admet, que les constitutions médicales peuvent changer la nature des maladies, leurs formes, c'est-à-dire leurs apparences, leurs symptômes restant les mêmes, il donne pleinement son assentiment aux principes que nous lui avons sans cesse opposés. En nous félicitant de cette conversion, dont nous ne nous doutions guère, nous lui ferons remarquer qu'il est pleinement en opposition avec ce qu'il a écrit ailleurs, et en contradiction flagrante avec la doctrine qu'il a professée jusqu'ici. En effet, cet honorable professeur dit positivement dans son article sur les constitutions médicales (Journal hebdomadaire, n° 120, pag. 56), que la nature de la pneumonie reste toujours la même sous quelque constitution médicale qu'elle s'observe, et que les formes seules changent. Or, comme la nature de la pneumonie, selon ce professeur, ne peut changer, il s'ensuit que le traitement doit être toujours adapté à la pneumonie de cette nature, c'est-à-dire être opiniâtrément antiphlogistique. Or, que disions-nous de notre coté en opposition avec cette doctrine absolue et systématique? Nous soutenions qu'il pouvait se présenter sous l'influence de constitutions médicales particulières, spéciales, des pneumonies avec l'apparence des pneumonies ordinaires, mais différant au fond, en vertu des constitutions médicales qui leur avaient donné naissance ; pneumonies d'une nature propre avec un élément capital spécial, dépendant de la nature de leur cause génératrice. Poussant cette doctrine dans ses applications pratiques, nous ajoutions que l'expérience prouvait, et avait prouvé, que dans ces cas les antiphlogistiques sont quelquefois nuisibles. Nous citions, à cet égard, l'autorité de Baillou qui parle d'une pneumonie maligne dépendant d'une constitution particulière, et contre laquelle les saignées étaient meurtrières. Voici précisément que M. Grifoulière observe une pneumonie engendrée par une constitution médicale particulière, pneumonie qu'il regarde comme liée à d'autres élémens morbides qui la modifient dans sa nature et la rendent réfractaire aux antiphlogistiques. N'est-ce pas une application complète des principes qui nous avaient fait citer la pneumonie dont parle Baillou? M Bouillaud répond aux faits observés par M. Grifoulière, que dans la pneumonie décrite par ce médecin, il y avait quelque chose de plus que dans la pneumonie franche; mais oui, sans doute, et c'est toujours en ajoutant un élément spécial aux maladies ordinaires que les constitutions médicales forment les maladies épidémiques : cet élément c'est la cause elle-même de ces maladies, cause qui leur imprime une nature spéciale, car c'est de cette cause qu'elles naissent, qu'elles sont engendrées. Aussi, quand nous disons que les constitutions médicales différentes différencient la nature des maladies, nous disons ce que le fait démontre, ce que la pneumonie observé par M. Grifoulière atteste, savoir : que ces constitutions font fonction de causes spéciales, lesquelles spécialisent la maladie, comme le principe de la syphilis spécialise le bubon qu'il produit.

Sans doute que les constitutions médicales n'im-

(1) Nous prenons ici l'expression de nature dans le même sens que la Gazette, et nous n'ignorons pas qu'il est bien peu de maladies dont nous puissions pénétrer *la nature intime*.

priment pas toujours des différences aussi grandes, aussi profondes, aussi palpables aux maladies que dans l'épidémie observée par M. Grifoulière ; et c'est alors que les médecins de l'école de M. Bouillaud s'obstinent à confondre ces maladies avec les maladies sporadiques, et regarder comme identique leur nature intime. Il faut, pour qu'ils reconnaissent cette puissance de spécification, si je puis m'exprimer ainsi, qu'ont les constitutions médicales, que les résultats en soient portés à l'extrême; encore n'en conçoivent-ils pas le principe général. Cela est si vrai que M. Bouillaud ne veut plus que l'on conserve le nom de pneumonie à la pneumonie qui a reçu de la constitution régnante une nature spéciale : alors il faudrait une nomenclature variable à l'infini. Nous ne nous y opposerions pas d'ailleurs si c'était le seul moyen d'apprendre aux médecins de l'école anatomique à tenir compte des modifications qu'impriment aux maladies les constitutions médicales différentes. Mais comme ces modifications ne sont souvent appréciables que par le traitement, comme le dit Hippocrate, il serait peu logique de désigner sous des noms différens des maladies qui s'offrent avec les mêmes caractères sensibles, et qui peuvent varier à l'infini de nature et de fonds, autant que les constitutions qui leur donnent naissance. Au reste, en ajoutant à la pneumonie qu'il avait observée la désignation de rémittente épidémique, M. Grifoulière a suffisamment indiqué qu'il la différenciait de la pneumonie ordinaire. Pour ne laisser aucune des objections de M. Bouillaud sans réponse, nous ajoutons que bien que la constitution médicale observée par M. Grifoulière eût engendré un état morbide général qui se réalisait ou se résumait en d'autres affections locales que les pneumonies, il ne s'ensuit pas moins qu'en donnant lieu à l'ensemble des symptômes et des caractères auxquels on est convenu de donner le nom de pneumonie, il était permis de donner à cette collection de caractères la désignation commune, sauf à y ajouter une désignation spéciale pour montrer la différence qu'il reconnaissait à cet état morbide comparé à la pneumonie ordinaire. Pour les médecins observateurs, le mot pneumonie veut dire congestion pulmonaire accompagnée de certains changemens dans la contexture et le parenchyme du poumon, changemens appréciables à l'auscultation, caractérisés par des crachats de certaine couleur, accompagnés de douleurs au côté, et plus tard donnant lieu à d'autres phénomènes de désorganisation qu'on a appelés hépatisations. Ce groupe de phénomènes qui sont les caractères d'un état morbide qu'on appelle pneumonie ne permettent pas de préjuger qu'il ne peut y avoir dans cet état qu'une seule nature, et seulement des degrés en plus et en moins. C'est ce que veulent les médecins qui ne voient dans toute pneumonie et dans toute maladie locale que l'irritation et l'inflammation; pneumonie pour eux veut dire irrévocablement irritation et inflammation du poumon, ne différant jamais que par le degré et non par la qualité et la nature : voilà pourquoi, comme le dit M. Bouillaud, il leur répugne d'admettre une pneumonie qui ne soit pas une pneumonie, c'est-à-dire une irritation ou inflammation du poumon qui ne soit pas une irritation ou une inflammation de poumon et rien que cela. Mais l'expérience démontre que sous l'influence de causes spéciales, cet état d'une apparence toujours identique sous le rapport des formes, devient spécial, spécifique, quant au fond, c'est-à-dire d'une nature différente. Il faut donc bien admettre que les maladies peuvent, avec les mêmes formes, changer de nature sous l'influence des constitutions médicales, et repousser l'emploi des moyens qui auraient réussi dans les circonstances ordinaires.

Nous sommes entré dans les détails qui précèdent plus pour jeter de nouvelles lumières sur une question importante de médecine pratique, que pour répondre à la lettre de M. Bouillaud ; car nos lecteurs se convaincront sans peine que la lettre de cet honorable professeur est une adhésion complète à nos principes, adhésion dont il ne pourra plus se défendre, quoique nous en ayons porté les conséquences au-delà peut-être de ses prévisions. Pour résumer la lettre de M. Bouillaud, nous dirons donc avec lui :

1° Que les constitutions médicales peuvent ajouter aux maladies ordinaires un élément intime, caché, spécial, qui change leur nature et les différencie profondément;

2° Que cet élément peut réclamer des modifications importantes dans le traitement de la maladie ;

3° Enfin, que les maladies peuvent, avec les mêmes formes, changer de nature l'influence des constitutions médicales, et repousser l'emploi des moyens qui auraient réussi dans les circonstances ordinaires.

Les deux premières conclusions amènent à la troisième, et la troisième qui les résume énonce le principe général de notre doctrine des constitutions médicales, qui est aussi celle des médecins observateurs de tous les temps.

GAZETTE DU 27. N° 57.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Mémoire sur les moyens de réduire les hernies compliquées d'étranglement, par le docteur F. Ribes père, médecin ordinaire des Invalides.

Pendant une période de vingt-cinq années, nous avons eu, aux Invalides, un grand nombre de cas de hernie inguinale, compliqués d'étranglement, soit avec inflammation, soit avec engouement, et toujours nous sommes parvenus à faire rentrer les parties dans l'abdomen par un procédé peu usité.

Voici dans quelle occasion ce moyen fut d'abord mis en usage.

Obs. I. — Un jeune homme, âgé de 27 ans, garçon épicier, fort et vigoureux, portait depuis un an une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie était facilement contenue; souvent il oubliait de mettre son bandage, et même alors vingt-quatre heures se passaient quelquefois sans que la tumeur reparût. Mais dans la journée du 13 vendémiaire, s'étant réuni à la garde nationale de la section de la butte des Moulins, qui avait pris les larmes, il se trouvait placé avec son bataillon près du cul-de-sac Dauphin, lorsque la canonnade et la mitraille le forcèrent à battre précipitamment en retraite par la rue Neuve-St.-Roch. Comme il avait encore oublié, ce jour-là, de mettre son bandage, il éprouva tout à coup une vive douleur, et sentit en même temps sa tumeur reparaître. Il arriva chez lui avec peine et passa toute la nuit sans avoir de secours. Le lendemain, Damarai, officier de santé, fut appelé pour lui don-

ner des soins; il lui fut impossible de faire rentrer la hernie. Mondet, chirurgien herniaire, ne put pas non plus en venir à bout. Ce jeune homme passa la journée du 14 souffrant beaucoup. Les accidens de l'inflammation se développèrent avec force. Le soir, la tumeur et le ventre devinrent extrêmement sensibles; on ne pouvait y porter la main sans causer au malade les plus violentes douleurs. Il rejetait tout ce qu'il prenait, et les efforts qu'il faisait pour vomir étaient des plus pénibles. Son pouls était petit, serré et d'une grande vitesse. Quoiqu'on eût pratiqué plusieurs saignées, qu'on lui eût tiré plus de quinze palettes de sang, et qu'on l'eût mis plusieurs fois dans le bain, les accidens n'en furent pas ralentis.

J'étais alors chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides; Damarai, que je connaissais, m'y envoya chercher à 10 heures du soir. Après avoir examiné l'état du malade, je jugeai qu'il n'y avait point d'espoir de le sauver, si on ne pratiquait promptement l'opération. MM. Damarai et Mondet pensaient comme moi. Nous fîmes part de nos craintes aux parens, et nous leur proposâmes de faire appeler le professeur Boyer. Il était minuit lorsqu'on alla réclamer le seccurs de ce célèbre chirurgien; on ne le trouva pas chez lui. Les parens désespérés me prièrent de ne pas les quitter. J'y consentis avec d'autant plus de raison, qu'il ne m'aurait guère été possible de rentrer aux Invalides à une heure aussi avancée, et que d'ailleurs à cette époque la circulation dans Paris n'était ni libre ni facile, la nuit surtout pour le quartier où s'étaient passées les affaires de la veille.

Vers deux heures du matin, le malade étant très-agité, je réfléchis sur le moyen qui pourrait lui procurer un peu de repos et de calme. Je pensai qu'en faisant porter les viscères de l'abdomen vers le diaphragme et en les éloignant un peu des anneaux des muscles grands obliques, je pourrais soulager ses souffrances. En conséquence, je pris un matelas que je pliai en double, de manière que le pli supérieur dépassait un peu le pli inférieur, et formait ainsi un plan incliné. Je plaçai les fesses du malade un peu au-dessus du milieu de ce matelas, de façon que le bassin se trouvait beaucoup plus élevé que la poitrine. Je mis un oreiller sous la tête, afin de rendre cette position plus supportable.

Il me semblait que par ce moyen les intestins seraient comme suspendus aux anneaux des muscles obliques du ventre, et tireraient vers l'épigastre les parties contenues dans le sac herniaire. En même temps je me hasardai, malgré tout ce que j'avais déjà entendu dire contre l'emploi des réfrigérans, à appliquer sur la tumeur une vessie remplie de glace pilée. Il y eut dès-lors quelque adoucissement dans l'état du malade; mais l'estomac ne pouvait rien supporter; une cuillerée de boisson quelconque était rejetée sur-le-champ. Lorsque je renouvelai la glace, la tumeur me parut avoir diminué de volume, et il y avait un peu moins de sensibilité. A quatre heures je touchai la tumeur avec un peu plus de force qu'à l'ordinaire, sans faire éprouver beaucoup de douleur. Alors j'essayai de pratiquer le taxis, et je fus fort étonné de la facilité avec laquelle les parties rentrèrent dans l'abdomen. Le malade se sentit sur-le-champ soulagé. Cependant il resta encore quelque temps sans pouvoir rien prendre, parce que les envies de vomir persistaient toujours. Mais l'état nauséeux se dissipa insensiblement; notre malade se trouva bientôt complétement rétabli et reprit ses occupations ordinaires.

Obs. II. — Ces mêmes moyens ont été employés efficacement chez une danseuse de l'Opéra, attaquée d'une hernie crurale étranglée.

Obs. III. — Ce traitement a été également mis en usage sur un boulanger, qui demeurait dans une rue adjacente à la place de Grève. La hernie rentra après que le malade fut resté pendant sept heures dans la position inclinée, et avec la glace appliquée sur la tumeur.

D'après ces trois succès, je crus avoir fait une découverte, et je me disposais à en publier les observations; mais réfléchissant que je n'avais encore que des idées vagues ou peu exactes sur ce qui avait été fait à cet égard, et que peut-être les mêmes moyens avaient été déjà employés, je crus devoir rechercher si l'on avait en effet pratiqué quelque chose de semblable.

Voici le résultat de mes recherches à ce sujet.

Avant d'aller plus loin, je dois prévenir qu'à l'époque dont je viens de parler, on citait peu les personnes qui avaient fait quelque découverte ou modifié quelque procédé. Les ouvrages publiés alors en sont la preuve. Les auteurs ne parlaient que de ce qu'ils avaient fait. Il en était de même dans les cours publics et dans les cours particuliers. Les professeurs citaient peu; ils ne traitaient que des choses reconnues comme vérités ou regardées comme telles, et ils passaient sous silence tout ce qui n'était pas généralement adopté, ou si l'on faisait mention de quelque moyen qui n'était pas admis par tout le monde, ce n'était qu'avec indifférence ou pour le critiquer.

Cette manière de traiter la science dans l'enseignement s'est continuée jusqu'à Bichat, etc. Sabatier, qui n'avait pas encore fait paraître son ouvrage de médecine opératoire, était le seul à cette époque qui déployât dans ces cours une grande érudition; il faisait aussi bien l'histoire de la science que la description des maladies et des procédés opératoires, et il savait répandre tant d'intérêt dans ces leçons, que pendant cinquante ans qu'il a enseigné, il n'a pas cessé d'attirer en foule les étudians. Presque tous les médecins de l'Europe en réputation avaient suivi ses cours; ils correspondaient avec lui comme ayant été ses anciens élèves, et à ce titre plusieurs lui ont dédié leurs ouvrages.

Sabatier ne tarda pas à publier son Cours de médecine opératoire. On lit toujours ce livre avec autant d'intérêt qu'on mettait autrefois d'empressement à aller entendre cet illustre professeur. Cependant je dois dire qu'on lui a reproché de n'avoir pas donné son opinion sur le meilleur procédé opératoire qu'il convenait d'adopter. Je crois que c'est à tort. Si nous jetons les yeux sur ce qui se faisait alors et sur ce qui a été fait depuis, on voit que ce chirurgien célèbre a eu raison d'en agir ainsi. En effet, de son temps, pour l'opération de la taille, l'appareil latéral était généralement adopté. Depuis, sans parler de la lithotritie, les méthodes bilatérale et vésico-rectale sont arrivées; en même temps, on est revenu au haut appareil, et qui plus est au grand appareil inventé en 1525 par Jean de Romanis, médecin de Crémone, qui le fit connaître à son ancien disciple et son ami Marianus Sanctus, médecin de Barletta, ville du royaume de Naples. Celui-ci le communiqua à Octavian Deville, chirurgien de Rome, et ce dernier, voyageant en France, en 1556, pratiqua le grand appareil en présence de

Laurent Collot, qui exerçait avec distinction la médecine à Traisnel, en Champagne. A dater de ce moment. La connaissance et la pratique de cette opération restèrent presque la propriété de huit générations d'une même famille, pendant 150 ans.

Cette méthode, après avoir eu une grande vogue, fut généralement abandonnée, critiquée et même blâmée par tous les chirurgiens du dernier siècle. Eh bien! elle vient d'être reproduite, presque dans son entier, sous le nom de taille raphéale, et il y a peu de temps qu'elle a été pratiquée à Naples et en Égypte avec le plus grand succès. Aujourd'hui, elle est présentée par quelques personnes comme étant la plus facile et la plus sûre. Ce qu'il y a d'étonnant, c'est qu'on en parle comme si c'était une nouvelle manière de tirer la pierre de la vessie. Serait-ce parce qu'on a substitué le nom de taille raphéale à celui de grand appareil? Mais il est certain que cette méthode est réellement celle de Jean de Romanis : seulement, on y procède avec un moins grand nombre d'instrumens.

En considérant cette disposition des esprits à juger d'une manière si différente un seul point de la chirurgie, on se demande ce qu'aurait pu faire l'opinion de Sabatier. De quelque poids qu'elle eût été dans la balance, aurait-elle arrêté le mouvement de la science et sa marche progressive?

D'après ce que nous avons vu et ce que nous voyons encore tous les jours, il paraît que la meilleure manière d'opérer est celle qui est exécutée par le procédé auquel on s'est le plus exercé. En effet, dans le temps où l'appareil latéral par la méthode du frère Côme était en plus grande vogue, Desault employait de préférence le gorgeret de Hawkins, et il avait adopté ce procédé, moins peut-être comme étant le meilleur que parce qu'il avait acquis une grande habitude de se servir de cet instrument. Quand on demandait à Massillon, un de nos plus illustres orateurs de la chaire, quel était son meilleur sermon : « Celui que je sais le mieux, » répondait-il. On attribue la même réponse à Bourdaloue. Sabatier aurait pu ainsi répondre à ces détracteurs que le meilleur procédé opératoire est celui que l'on exécute le mieux.

Sabatier a écrit son ouvrage comme il faisait ses leçons, avec précision et clarté. Il a parlé de tous, mais il n'a pas tout approfondi.

A l'époque dont il est question, j'avais suivi les cours de MM. Boyer, Portal, Sabatier et Corvisart; j'avais cherché seulement à me bien pénétrer des leçons de ces grands maîtres, et mon esprit avait été entièrement occupé de ce qui me paraissait le plus positif dans leurs préceptes. Lorsque je recueillis les premières observations sur les hernies, je déclare que je n'étais pas tout-à-fait au courant de ce qui avait été pratiqué jusqu'à ce moment. Mes idées sur les diverses situations dans lesquelles on avait proposé de placer le malade pour réduire la hernie n'étaient encore que confuses, et je n'avais que des données peu exactes sur ce qui avait été fait touchant l'emploi des réfrigérans dans le cas d'étranglement. C'est alors que je commençai les recherches que je continuai plus tard pour connaître l'état de la science sur ce sujet. Je vais en conséquence exposer succinctement les moyens qui, depuis plus d'un siècle sont mis en usage pour la réduction des hernies, et particulièrement ceux auxquels nous avons donné la préférence.

Lorsque par l'opération du taxis on n'a pas réussi à faire rentrer les parties dans l'abdomen, les moyens qu'on emploie pour la réduction des hernies, soit inguinales, soit crurales, étranglées, sont différens suivant la nature de l'étranglement.

S'il est avec inflammation, on a recours à la situation, à la saignée, aux applications émollientes et relâchantes, aux bains tièdes, aux boissons délayantes et aux lavemens simples.

Si l'étranglement est produit par engouement, on fait usage de différentes situations, d'applications astringentes froides, des purgatifs et des lavemens.

Je n'examinerai pas en particulier les avantages ou les inconvéniens de chacun de ces moyens; je parlerai seulement de l'emploi des réfrigérans appliqués sur la tumeur, et de la situation que l'on donne au malade pour opérer la réduction de la hernie, parce que ce sont ces deux moyens que nous avons plus particulièrement expérimentés, et que nous avons mis indistinctement en usage dans les deux cas d'étranglement.

I. — Des réfrigérans.

Jean-Louis Petit a vu plusieurs personnes attaquées de hernies qui les faisaient rentrer aisément en les laissant exposées à l'air froid.

L'eau pure appliquée à une température assez froide, ou dans laquelle on a trempé les compresses qui enveloppent la tumeur, a également été employée avec succès. Heister attribue cette méthode à un médecin allemand nommé Clacius; il dit qu'on peut s'en servir dans les étranglemens commençans. Mais à peu près dans le même temps où cette méthode était employée par Clacius en Allemagne, Theden l'employait en Prusse avec beaucoup d'efficacité.

Long-temps avant que Clacius et Theden en fissent mention, l'usage de l'eau froide appliquée sur la tumeur herniaire était en France une méthode en quelque sorte populaire. L'observation rapportée par Jean-Louis Petit à ce sujet semble le prouver. En effet, voici ce qui arriva :

Obs. IV — Un jeune homme de 22 ans avait depuis plusieurs années une hernie qu'il faisait rentrer très-facilement; mais n'ayant pu y parvenir un jour qu'il avait beaucoup marché, et tous les accidens de l'étranglement étant survenus, il fit appeler Jean-Louis Petit.

Après avoir fait inutilement tout son possible pour réduire la hernie, ce grand chirurgien pratiqua une saignée et appliqua des cataplasmes, après quoi il fit de nouvelles tentatives aussi inutiles que les premières. Il réitéra la saignée jusqu'à cinq fois dans quinze heures, et le lendemain il saigna encore trois fois. Enfin, les accidens pressant de plus en plus, il proposa l'opération. Le malade l'ayant acceptée, elle allait être faite, lorsque sa grand'mère entra et s'opposa à ce que Petit allât plus loin, disant qu'elle allait guérir son fils dans un moment.

Elle le fit coucher tout nu sur une couverture qu'elle étendit à terre, et lui ayant fait écarter les jambes, elle lui jeta brusquement et tout à coup, entre les cuisses et sur les bourses, un plein seau d'eau fraîchement tirée du puits, et sur-le-champ la hernie rentra.

« J'avoue, dit Jean-Louis Petit, que je fus étonné; » mais du moins j'appris que le crémaster et le dar- » tos, par une contraction forte et subite, pouvaient

» faire rentrer une hernie mieux que les doigts les » plus agiles et les plus expérimentés, car ce n'est qu'à » la contraction de ces muscles qu'on peut attribuer » cette réduction. » (Petit, tom. II, pag. 325 et suiv.)

Je ne suis pas de l'avis de ce célèbre praticien, car d'après la disposition du muscle crémaster et la texture du dartos, on ne conçoit point comment ces deux parties auraient pu agir avec assez de force pour faire rentrer la hernie : il est plus probable que les fibres longitudinales de l'intestin, par une forte contraction ou un fort mouvement péristaltique, ont eu plus de part à la réduction de la hernie que la contraction du crémaster et du dartos.

Theden, chirurgien des armées prussiennes, dit que dans les hernies incarcérées, les intestins tombent assez rapidement en mortification ; ils forment en peu de temps adhérence avec la poche, et en les séparant il est aisé de blesser la membrane externe de l'intestin, quelle que soit la diligence qu'on doive apporter à l'opération. Il ajoute qu'il est néanmoins possible de tenter quelques moyens pour opérer la réduction de l'intestin, et il fait mention de plusieurs cas dans lesquels l'application de l'eau extrêmement froide, ou même de la glace sur la hernie, a suffi pour faire rentrer l'intestin. Il en a maintes fois répété l'expérience avec succès, et il en cite quelques exemples.

Bell dit qu'il peut enfin assurer, indépendamment des preuves de la théorie, que dans le traitement des hernies on retire beaucoup plus d'avantages des remèdes rafraîchissans que de ceux d'une nature opposée. Il a plusieurs fois éprouvé de bons effets de la neige et de la glace, et jamais elles ne lui ont paru nuisibles. Cependant, dit-il, quelques auteurs regardent cette pratique comme dangereuse, tandis qu'elle est recommandée par d'autres qui méritent beaucoup de confiance. Toutefois les remèdes sur lesquels Bell compte le plus dans ce cas sont les dissolutions de plomb froides et l'application continuelle de morceaux de drap imbibés d'un mélange d'eau froide et de vinaigre. (Bell, tom. I, pag. 60.)

Wilmar conseille fortement des applications froides sur la tumeur elle-même ; il dit que ce moyen est généralement adopté par les chirurgiens modernes les plus célèbres ; que la meilleure manière d'employer ce topique est de piler de la glace, de la renfermer dans une vessie et de la placer sur la hernie. Quand on ne peut pas se procurer de la glace, sir A. Cooper emploie un mélange de parties égales de nitrate de potasse et de muriate d'ammoniaque, qu'il mêle avec de l'eau dans la proportion de 10 onces par pinte, et qu'il renferme également dans une vessie. Lorsqu'on n'a pas les sels dont il vient d'être parlé, on peut remplir la même indication en faisant évaporer de l'éther sur la surface de la tumeur. (Dictionnaire de Cooper, tom. I, pag. 603, première colonne.)

Goursaud dit : « Nous ne nierons pas les bons effets qu'on attribue à la glace ; mais ces témoignages avantageux n'instruisent pas assez sur les circonstances qui autorisent spécialement à recourir à ce moyen ; car lorsque les symptômes inflammatoires se manifestent, les répercussifs sont dangereux : ils peuvent produire la gangrène. Le froid actuel, tel qu'il résulte de l'application de la neige ou de la glace pilée, mise dans un linge ou dans une vessie, sera toujours nuisible sur la partie étranglée par inflammation.

Dans la hernie par engouement des matières, s'il y a complication d'épiploon, il est à craindre que la vertu condensante du froid, par laquelle les sucs graisseux seront figés, ne mette par cela même un obstacle à la réduction des parties, en augmentant la disproportion entre le diamètre de l'anneau et le volume de l'épiploon, qui devient incapable alors de rentrer peu à peu, comme il l'aurait fait avant la conglobation des membranes. (Mémoires de l'Académie, tom. 4, pag. 260.)

Monro dit qu'on doit réduire les hernies le plus tôt qu'on peut. Si cette tentative ne réussit pas, on a recours aux remèdes généraux, tels que les saignées abondantes, les lavemens émolliens, les fomentations et les cataplasmes. Mais quoique les hernies, celles surtout qui sont récentes et qui ne peuvent se réduire, soient sujettes à l'inflammation et à l'étranglement, le chirurgien ne doit pas, par trop de précaution, employer des moyens qui peuvent retarder la réduction ou la rendre plus difficile, car les remèdes généraux, qu'on prescrit presque universellement paraissent fautifs à l'égard du cas en question. En effet, supposons, par exemple, que l'air raréfié gonfle l'intestin et soit un obstacle à sa réduction, il est certain que les fomentations émollientes et les cataplasmes chauds augmentent la raréfaction de l'air et le gonflement de l'intestin. Monro a vu des hernies réduites par l'application du vinaigre froid ou de la neige, après que les autres remèdes qu'on appelle antiphlogistiques avaient augmenté la tumeur, et qu'on avait tenté inutilement les efforts communément usités pour réduire les hernies. Qu'on suppose encore que le ressort des intestins soit trop faible pour faire remonter et chasser du côté de l'anus les matières arrêtées dans la portion du canal intestinal qui est engoué dans l'anneau, et qu'à raison de la faiblesse de ce ressort, ces matières séjournent dans la hernie, et gonflent l'intestin au point d'empêcher qu'il ne repasse par les anneaux des muscles, n'y a-t-il pas lieu de craindre alors que la saignée et l'usage des remèdes relâchans n'affaiblissent encore le ressort des intestins, et n'augmentent ainsi l'obstacle qui s'oppose à la réduction ? (Monro, Essais et Observations de médecine d'Édimbourg, tom. 5. p. 356.)

Covillard a donné les signes distinctifs de l'air raréfié qui distend l'intestin et produit l'obstacle qui s'oppose à la réduction de la hernie.

« Or, il arrive parfois que l'intestin s'enfle tellement qu'il ne peut être repoussé, soit que les flatuosités le tiennent aussi bandé, soit que les matières fécales y soient endurcies et le remplissent extraordinairement. On discerne les ventosités, si le reste de l'abdomen en est tendu, si l'on en rend par la bouche, si l'on entend les borborygmes et rugissemens dans les intestins, et si cette douleur tensive n'est pas accompagnée de pesanteur. »

Ce qui peut encore éclairer le praticien, c'est la percussion ; car si l'on frappe légèrement avec le plat des doigts sur la tumeur, dans le cas d'étranglement avec engouement, on ne cause pas beaucoup de douleur, et s'il y a de l'air, un son clair se fait entendre. Il est d'ailleurs très-rare qu'il n'y ait pas une plus ou moins grande quantité de gaz dans la portion d'intestin que contient alors le sac herniaire.

D'après ce qui vient d'être exposé et d'après l'expérience, je suis convaincu qu'on peut toujours avec avantage appliquer les réfrigérans sur une hernie compliquée d'étranglement, et si les parties ne sont pas déjà tombées en mortification, les réfrigérans ne la détermineront pas. Mais ces moyens ne seront pas suffisans : dans tous les cas, pour que les appli-

cations froides agissent plus efficacement, il faut que le malade soit convenablement placé.

II. — Des diverses situations.

On recommande en général que le malade soit placé de façon que les parties par où la hernie passe et qui font l'étranglement, se trouvent dans le plus grand relâchement possible. On couche le malade sur le dos, on lui met un traversin sous les genoux afin que les jambes et les cuisses soient fléchies; le bassin doit être élevé et il faut placer deux oreillers sous les épaules.

Dans la hernie crurale, le corps peut être incliné un peu du côté opposé à la descente; la tête sera fléchie sur la poitrine, pour relâcher les muscles sterno-mastoïdiens, parce que dans cet état on n'a à craindre aucune résistance de la part des muscles de l'abdomen.

Il y a une autre pratique depuis long-temps recommandée; Paré l'expose ainsi : « Le chirurgien » donc estant appelé pour réduire l'intestin tombé » en la bourse, situera l'enfant au lict ou sur une » table, la tête en bas et les fesses en haut, et de ses » deux mains peu à peu fera la réduction. » (Paré, » pag. 304.)

D'autres ont proposé aussi de suspendre le malade, la tête en bas et les pieds en haut. Fabrice d'Aquapendente conseille ce moyen après que tous les autres auront été inutiles. Voici comment il en parle : « On » viendra facilement à bout de la réduction, en » comprimant et repoussant doucement en haut avec » les doigts ledit intestin, moyennant qu'il ne soit » pas descendu trop bas, et qu'il ne soit pas trop » rempli de vents ou de fiente. » Plus bas, Fabrice d'Aquapendente dit : « Si tous les susdits remèdes » sont inutiles, il faut prendre le malade par les » pieds et par les mains, et le secouer souvent ayant » le corps renversé et la tête penchante en bas. » (Œuvres chirurgicales de Hiérome-Fabricio d'Aquapendente, traduction française, pag. 191, année 1649.)

Covillard dit « qu'il y en a qui logent le malade » durant trois ou quatre heures dans un demi-bain » d'huile tiède, et après lui font faire l'arbre fourchu, la tête en bas, les pieds contremonts. » (Le Chirurgien Opérateur, ou Traité méthodique des principales opérations de chirurgie, livre 2, sect. 2, chap. 7, année 1648.)

Sharp a adopté cette méthode, car après avoir parlé des saignées, des lavemens, des purgatifs, il dit que tous ces moyens serviront ordinairement de peu, à moins que le chirurgien ne tâche de faire rentrer la hernie dans l'abdomen. Pour réussir plus sûrement, il faut placer les fesses du malade plus haut que la tête, afin que le ventre étant ainsi incliné, les viscères puissent rentrer avec plus de facilité. Sharp dit qu'il lui est souvent arrivé, immédiatement après avoir essayé en vain cette méthode, de réussir à faire cette réduction en suspendant le malade la tête en bas et les genoux pliés sur les épaules d'un homme fort et vigoureux, et il est porté à croire que le poids de tous les viscères contenus dans l'abdomen, tirant perpendiculairement ceux qui sont contenus dans le sac herniaire, peut beaucoup contribuer à les déloger; on peut d'après ce principe achever la réduction, en plaçant le malade sur le côté opposé à la hernie. (Sharp, Recherches critiques sur l'état présent de la chirurgie, pag. 28 et 29.)

Vers l'année 1750, Louis communiqua à l'Académie deux observations qu'il avait faites sept ou huit ans auparavant, étant élève à l'hôpital royal militaire de Metz. On avait décidé qu'on ferait l'opération à un soldat de la garnison qui avait une hernie avec étranglement. Cet homme, de son chef, se fit soutenir par deux de ses camarades, la tête en bas et les pieds en l'air. Au bout d'un quart d'heure la hernie rentra d'elle-même.

Quelque temps après, un vieil infirmier qui soutenait avec un large suspensoir une ancienne hernie qui ne rentrait pas, y ressentait de la douleur et avait des nausées et des vomissemens; Louis, qui avait été frappé de la situation perpendiculaire renversée, le fit mettre dans cette même attitude et parvint à faire rentrer les parties. (Académie, tom. 4, pag. 274.)

Bell regarde cette méthode comme la meilleure; voici comment il l'expose :

Lorsque les symptômes d'une hernie exigent le secours du chirurgien, il faut d'abord mettre le malade dans la situation la plus propre à favoriser la réduction des parties déplacées. Si la tumeur est dans l'aîne ou sur la partie antérieure de la cuisse, on le placera de manière à élever les cuisses et les jambes beaucoup plus que la tête et le tronc, c'est-à-dire qu'il doit être soutenu presque perpendiculairement sur la tête, les intestins, dans cette position, se trouvant suspendus ou comme balancés par les parties déplacées, ce qui suffit assez souvent pour en procurer la réduction. On a quelquefois réussi, après avoir tenté inutilement tout autre moyen, en plaçant les pieds du malade sur les épaules d'une autre personne, de manière à laisser pendre le corps que l'on agite vivement tant qu'il est dans cette position.

Bell dit que la position qu'il vient d'indiquer est préférable à toute autre dans les hernies inguinales et fémorales. On préférera pour la même raison la position droite dans les cas d'exomphale ou hernie du nombril. La position horizontale est celle qui paraît devoir être la plus utile dans les hernies ventrales. (Bell, Cours de Chirurgie, tom. 1er, pag. 154.)

Lawrence dit. Si les efforts de réduction ne sont point suivis de succès, on recommande la méthode suivante : qu'un homme vigoureux placé dans une situation convenable, près du bord du lit, soulève les membres inférieurs sur ses épaules, de manière que la tête et la poitrine du malade reposent seules sur le lit. On rapporte, ajoute-t-il, que dans cette posture les tentatives de réduction ont eu un heureux résultat. »

Lawrence avoue qu'il ne peut pas bien apprécier le mérite de cette méthode, puisqu'il ne l'a jamais mise en pratique ni vu employer par d'autres. (Traité des hernies, traduction de Béclard et de M. J. Cloquet, pag. 120.)

Renaulme, médecin, membre de l'ancienne Académie royale des sciences, dit que les hernies peuvent se guérir sans bandage et uniquement par la situation du malade quand il a la patience de s'y assujétir. L'on peut s'en convaincre par l'observation suivante.

Dalesme, membre de la même Académie des sciences, fit un effort qui lui causa une entérocèle. Il se servit de plusieurs brayers différens sans qu'il s'en trouvât soulagé. Dalesme, fatigué des souffrances que ces brayers lui causaient, les abandonna entièrement et prit le parti de réduire lui-même

l'intestin, ce qu'il faisait assez facilement. Il avait remarqué que la réduction était encore plus facile lorsqu'il était couché sur le côté opposé à la descente, et que souvent elle rentrait d'elle-même. Cette remarque lui fut utile, car il s'accoutuma à se coucher sur ce côté, ayant fait disposer son lit exprès pour cela, ce qui le guérit complètement après quinze ans d'incommodités et de souffrances. Cette guérison lui arriva dans sa soixante-dix-huitième année.

Renaulme dit encore : « La situation dans laquelle on place ordinairement le malade pour le taxis n'est pas la plus sûre, particulièrement dans le cas où la réduction est difficile. » La méthode expliquée par Winslow, dans ses leçons au Jardin-Royal, est la plus parfaite de toutes dans les occasions où il y a de la difficulté. Voici comment cette méthode est décrite dans une thèse par un disciple de Winslow.

« Ægrotum nempè in genua cubitosque procum-
» bere jubebat, ita ut hoc situ unicè et utroque
» genu cubitoque inniteretur, capite in terram pen-
» dente. Spatio semiquadrantis horæ hâc in positione
» commoratus, æger intestinum spontè restitutum
» sentiebat. »

Ainsi, d'après la méthode de Winslow, « on fait
» appuyer le malade sur les genoux et sur les cou-
» des le ventre tourné en bas et la tête penchée en-
» tre les bras. Restant un demi-quart d'heure dans
» cette position, plus ou moins, il sent l'intestin
» se replacer de lui-même. »

Le malade, situé comme il vient d'être dit, a la respiration libre; son ventre est pendant et s'éloigne beaucoup de l'épine du dos, ce qui augmente sa cavité vers l'ombilic. Ainsi les muscles étant relâchés, il faut que l'intestin, par son propre poids qui tend vers cet endroit, soit entraîné au-dedans, ce qui est si naturel, selon Renaulme, qu'il connaît un malade qui, à force d'essayer différentes situations, a trouvé celle-là sans en avoir entendu parler. On rapporte quelques observations de hernies que l'on n'avait pu réduire depuis plusieurs jours, et qui furent réduites par ce moyen. (Traduction d'une thèse latine sur les hernies, par Renaulme, pag. 198.)

Toutes ses méthodes me paraissent bonnes; mais celle que proposent Paré, Fabrice d'Aquapendente et Covillard, qui a été suivie par Sharp, Louis et Bell, doit réussir le plus souvent, étant légèrement modifiée, comme nous le proposons.

Je sais que l'on peut dire que vainement on comptera, pour opérer la réduction des hernies, sur l'effet mécanique que le poids et la traction des viscères du ventre doivent former sur les parties déplacées; on peut même croire au premier coup d'œil que cette idée est erronée, parce que l'abdomen est entièrement plein, et que les viscères qu'il contient sont maintenus dans leur position par les ligamens et par la pression des muscles respiratoires; que ces viscères ne peuvent pas, par cela même, passer d'une partie de la cavité dans une autre, mais qu'ils restent dans la même place, soit que la tête, soit que les pieds forment le point le plus élevé du corps.

Mon opinion est entièrement contraire, non pas parce que j'ai des observations de hernies inguinales formées par l'estomac et même par la rate, mais parce que l'expérience m'a convaincu que tous les viscères de l'abdomen sont plus ou moins portés vers la poitrine ou le bassin, selon que la tête ou les pieds sont le point le plus élevé du corps.

L'expérience est ici au-dessus du raisonnement. En effet, j'ai souvent trouvé sur le cadavre des hernies très-volumineuses qu'il n'était plus possible de faire rentrer; elles avaient, comme le dit Jean-Louis Petit, perdu leur droit de domicile, et les personnes ainsi affectées étaient obligées, pendant la vie, de soutenir les parties hors du ventre avec un suspensoir. J'ai souvent vainement fait sur le cadavre des tentatives de réduction; il m'a été impossible de faire rentrer dans le ventre les parties sorties, quoiqu'il n'y eût point d'adhérence de l'intestin ni de l'épiploon, et quoique le sac ne présentât point de collet ni de rétrécissement d'aucune espèce; tandis qu'en plaçant le cadavre perpendiculairement la tête en bas et les pieds en haut et en secouant un peu le corps, on voyait les parties rentrer, ou d'elles-mêmes, ou par la plus légère pression, et l'on reconnaissait bien alors que les viscères étaient portés vers le diaphragme, par la saillie qu'on observait dans la région de l'épigastre. Ainsi il n'y a rien à dire contre un fait.

Sur quelques sujets, j'ai essayé des tentatives de réduction, le cadavre étant seulement placé horizontalement. Ne pouvant pas faire rentrer les parties, je me suis déterminé à ouvrir le ventre et à mettre les viscères de l'abdomen à découvert; j'ai saisi les deux bouts de l'anse de l'intestin qui formait la hernie, je les ai tirés doucement à moi, et cette anse est rentrée dans l'abdomen sans presque faire éprouver de résistance.

J'ai trouvé des sujets chez qui les parties résistaient un peu. Alors au lieu de continuer à tirer sur les deux bouts de l'intestin en même temps, je ne tirais que sur l'un des deux, et l'intestin se dégageait facilement. J'ai également observé que, sur certains cadavres qui avaient des hernies volumineuses, j'éprouvais de la résistance à faire rentrer les parties, lors même que je ne prenais qu'un des bouts de l'anse. Dans cet état, je lâchais le premier bout, je prenais l'autre, et l'intestin rentrait avec beaucoup de facilité.

J'ai cherché à m'expliquer la raison de cette différence; je crois l'avoir trouvée en ce que, dans le premier cas, j'avais par hasard tiré sur la portion inférieure de l'intestin, et que, dans le second, j'ai agi sur la portion supérieure de ce conduit. En effet, il semble que je devais éprouver cette résistance; car une quantité d'intestin, d'abord engagée dans l'anneau, est poussé plus avant dans le sac par une seconde quantité, et celle-ci par une troisième : or, il est probable que c'est aux dépens de la portion supérieure de ce canal qui est plus longue, que cela doit arriver, plutôt qu'aux dépens de la portion inférieure qui est plus courte. Ainsi la partie d'intestin sortie la dernière doit se dégager et rentrer la première plus facilement que la portion inférieure qui est déjà dans le sac herniaire, et qui est comprimée par la portion supérieure sortie la dernière. Quoi qu'il en soit, dans les hernies un peu volumineuses, j'ai toujours reconnu que le bout supérieur de l'intestin se dégageait plus facilement que le bout inférieur.

Il n'y a pas de comparaison entre la force qu'il faut employer sur le cadavre pour faire rentrer les parties d'une hernie au moyen du taxis, et celle qu'on emploie en tirant sur les intestins ou l'épiploon, lorsque l'abdomen est ouvert; il suffit d'une légère traction pour les remettre dans le ventre.

Peut-être est-ce cette facilité à faire rentrer les parties, lorsque les viscères de l'abdomen sont à

découvert, qui a engagé Rousset et Pigrai à proposer une méthode particulière pour opérer la hernie étranglée. Voici comment elle est décrite par Rousset.

« On y procède en faisant une ouverture au ven-
» tre, un peu au-dessus de la hernie. On coupe avec
» précaution la peau, les muscles et le péritoine,
» jusqu'au lieu où les parties sortent, et après avoir
» écarté et agrandi cette ouverture, on remet l'intes-
» tin en dedans; ensuite on réunit la plaie au moyen
» de la gastroraphie. »

Rousset, qui a écrit vingt-neuf ans avant Pigrai, nous apprend que cette opération, qu'il regarde comme nouvelle, a souvent été pratiquée.

« La manière de faire cette opération (dit Pigrai),
» c'est premièrement qu'il faut situer le malade à la
» renverse, puis faire l'incision un doigt au plus au-
» dessus du lieu qui est serré, parce que dessus ce
» lieu on ne la peut faire sans blesser l'intestin.
» L'ouverture étant faite jusqu'au péritoine, on
» fera tourner le malade sur la partie opposite,
» afin de reculer les intestins du lieu où l'ouverture
» doit être faite, puis couper le péritoine et mettre
» un doigt dans la plaie, retirant doucement et peu
» à peu l'intestin qui est tombé, en le retournant
» en sens naturel, ayant la main un peu frottée ou
» de beurre frais ou d'huile d'amandes douces, et
» s'il y en avait telle quantité de tombée qu'on fût
» contraint de faire plus grande ouverture, il la
» faudrait continuer jusqu'au lieu serré, mais en y
» mettant le doigt, et la faire dessus, ou sur un
» specille (spatule) proprement fait pour la con-
» servation de l'intestin, etc. » (Pigrai, Epitomé des préceptes de médecine, pag. 289.)

Ainsi nous voyons que Pigrai, quoique venu après Rousset, n'a presque rien ajouté au mode opératoire décrit par son devancier.

Dans cette méthode, il est à craindre que l'intestin et l'épiploon n'aient contracté des adhérences avec le sac et que la gangrène ne s'en soit déjà emparée, ce qui est arrivé à l'un des malades dont Rousset a conservé l'histoire, et dont toutefois la guérison a été complète.

D'après l'exposé que je viens de faire, on voit que presque tout avait été dit, mais que rien encore n'était définitivement arrêté pour faire rentrer dans l'abdomen les parties sorties. Cependant les principes pouvaient être regardés comme établis par les méthodes de Paré, de Fabrice d'Aquapendente et de Covillard, aidées de l'action des réfrigérans employés par Jean-Louis Petit, Clacius, Theden, et particulièrement par Alex. Monro; car la position fortement inclinée et l'action des réfrigérans appliqués sur la tumeur herniaire agissent très-efficacement pour faire reprousser dans le ventre les parties sorties de cette cavité.

Mais par quel mécanisme cette rentrée s'opère-t-elle? Nous avons déjà dit comment la position du malade peut agir sur les parties sorties; nous allons y revenir en deux mots; nous examinerons ensuite comment les réfrigérans peuvent contribuer à la rentrée de l'intestin formant hernie.

Nous avons dit que dans la position verticale ou seulement oblique du corps, la tête étant dirigée en bas, tous les viscères étaient portés vers le diaphragme, et pouvaient être considérés comme suspendus aux parties engagées dans l'anneau ou sous l'arcade crurale. Dans cette position, d'abord, les viscères éloignés des régions iliaques et pelviennes devaient, par leur propre poids, agir sur les parties formant la hernie; l'anse d'intestin sortie la dernière doit se dégager la première; à mesure que ces anses se replacent dans l'abdomen, toutes les parties rentrent successivement dans cette cavité, et souvent sans qu'on soit obligé de pratiquer le taxis, à moins qu'il n'y ait quelque portion d'épiploon dans la hernie, parce que cette partie se dégage plus difficilement que l'intestin.

Actuellement si nous examinons comment les réfrigérans agissent pour faire rentrer les parties, d'abord nous voyons que le dartos et le crémaster sont peu propres à les faire remonter dans le ventre. D'ailleurs ils ne pourraient agir que sur la hernie inguinale; car dans le cas de hernie crurale, ces muscles en sont éloignés et ne peuvent rien sur elle: cependant les parties rentrent dans l'un et l'autre cas par l'application des réfrigérans.

Ainsi, je crois que les corps froids portent directement leurs effets sur l'intestin, en réveillent l'action et en augmentent le mouvement, que la hernie soit inguinale ou crurale, etc.

En examinant l'action et les mouvemens des fibres circulaires et longitudinales du conduit alimentaire, on peut concevoir la part que l'intestin prend par lui-même à sa rentrée dans l'abdomen.

Dans le temps ordinaire de la vie, et particulièrement pendant la digestion des alimens, les fibres circulaires de l'intestin se contractent successivement, depuis le commencement du duodénum jusqu'à la fin de l'iléon, et elles offrent une sorte de mouvement ondulatoire ou vermiculaire de haut en bas. On voit les fibres se contracter et agir sur le chyme, et lorsque cette matière est un peu descendue, les premières fibres se relâchent, et celles qui sont au-dessous se contractent, compriment le chyme et le portent plus bas. C'est par une suite de mouvemens de cette espèce que les matières sont poussées vers le gros intestin qui les porte au dehors.

Mais si les matières chymeuses sont poussées ainsi de haut en bas par l'action des fibres circulaires, nous voyons aussi que les fibres longitudinales fixées d'une part au pylore et de l'autre à la valvule iléocécale agissent de bas en haut, et, en glissant sur les matières chymeuses, tendent à raccourcir l'intestin grêle, à lui faire décrire une ligne droite, et à rapprocher l'extrémité iléocécale de l'extrémité pylorique. Ce mouvement est très-favorable pour forcer la portion d'intestin contenue dans le sac herniaire à en sortir et à rentrer dans l'abdomen; c'est du moins ce que nous pensons devoir être arrivé, lorsque les hernies sont rentrées par l'effet des réfrigérans.

D'ailleurs, lors des accidens de l'étranglement, les mouvemens des fibres circulaires, de péristaltiques qu'ils sont dans l'état de santé, deviennent ici antipéristaltiques, et en quelque sorte congénères de ceux des fibres longitudinales. Au lieu de pousser le chyme de haut en bas, ils le poussent de bas en haut. Les malades vomissent alors des matières stercorales, et, dans cet état, ils sont en grand danger; on voit aussi quelquefois la hernie rentrer seule et tous les accidens cesser sur-le-champ, ce qui ne peut être arrivé que par l'action spontanée des fibres musculaires longitudinales de l'intestin et peut-être même des fibres circulaires.

Mais malgré ce que je viens d'exposer, malgré les trois observations que j'ai rapportées au commencement de cet article, et même malgré l'opinion favorable des auteurs que j'avais consultés, je voulus encore soumettre cette méthode à l'épreuve de l'ob-

servation, et les occasions de l'expérimenter de nouveau ne tardèrent pas à se présenter.

Je dois dire ici que j'ai été favorisé dans mes recherches de la manière la plus bienveillante par M. le baron Yvan, alors chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides.

Dans une période de vingt-cinq ans, un grand nombre de militaires invalides s'est présenté à l'infirmerie de l'Hôtel ayant des hernies compliquées d'étranglement et accompagnées d'accidens graves. J'ai noté particulièrement dix-neuf cas : cinq étaient compliqués primitivement d'étranglement avec inflammation, et quatorze avec engouement de matières. Dans ce nombre, il y avait plusieurs entéro-épiplocèles.

Parmi celles qui étaient compliquées d'inflammation, deux étaient des hernies récentes; les trois autres existaient depuis quelque temps, mais ordinairement rentraient et étaient contenues facilement.

Dans l'un des deux premiers cas, les accidens étaient développés depuis vingt-sept heures, et la hernie rentra après huit heures de situation sur le plan incliné et de l'application de la glace.

Le second malade souffrait depuis trente-deux heures et paraissait dans un état désespéré. Cependant, avant de se déterminer à l'opération, il fut mis sur le plan incliné ; on appliqua la glace sur la tumeur, comme dans le premier cas, et la hernie rentra dix heures après.

Dans les trois autres cas, les accidens étaient aussi très-graves et existaient depuis environ trente à trente-six heures. Ici les parties sont rentrées plus tard que dans les deux premiers cas.

Chez l'un de ces invalides la réduction se fit dans l'espace de treize heures; chez un autre, au bout de quinze heures environ; le troisième resta près de dix-huit heures, et l'on commençait à désespérer du succès, lorsque la hernie rentra presque sans effort.

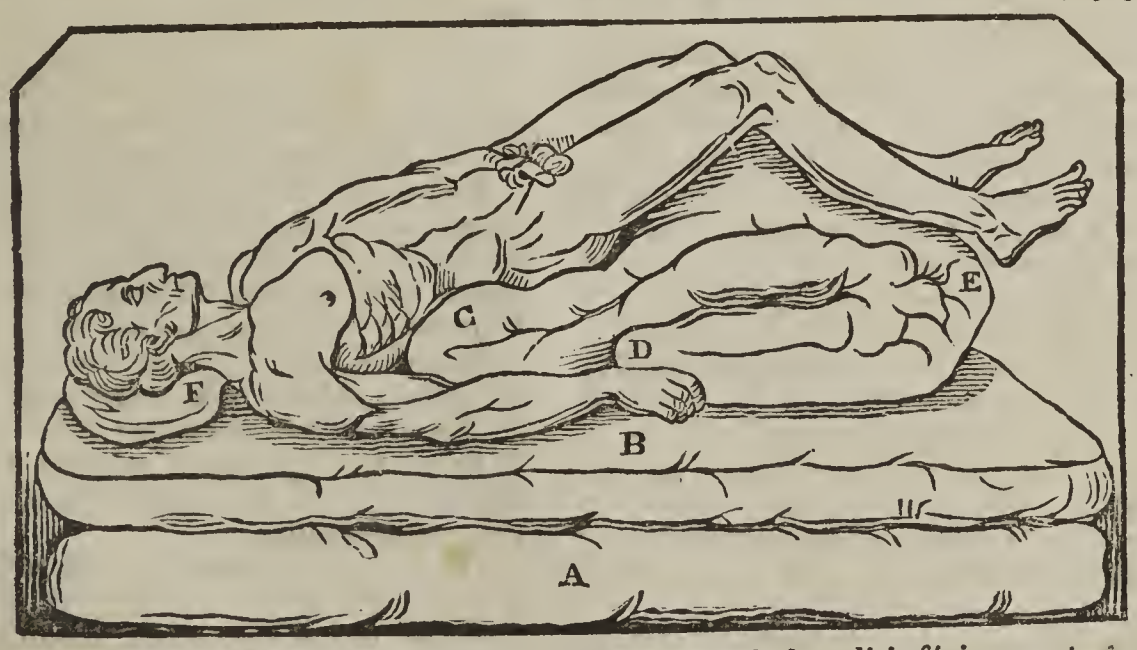
Il faut faire remarquer que d'abord le taxis, par la méthode ordinaire, avait été employé sans succès sur tous ces malades. Presque tous avaient été saignés plusieurs fois, on leur avait administré des lavemens, et les bains n'avaient pas été négligés.

J'ai dit que j'avais noté quatorze cas de hernies étranglées avec engouement de matières. Chez plusieurs des treize malades qui furent couchés sur le lit à plan incliné, les accidens se manifestaient depuis deux jours; chez quelques-uns, les vomissemens et le hoquet existaient depuis trois jours ; il y en eut même un qui éprouvait les accidens de l'étranglement depuis environ cinq jours. Chez tous, les parties sont rentrées dans les vingt-quatre, trente et quarante premières heures.

Le quatorzième malade, affecté de hernie compliquée d'étranglement avec engouement, ne fut pas traité par la même méthode que les premiers. Du reste, on ne négligea aucun des autres moyens employés en pareil cas ; mais les accidens n'en continuèrent pas moins, et l'on fut obligé d'en venir à l'opération : le malade succomba. Cependant si une opération bien faite doit réussir, celle-ci aurait dû être suivie d'un plein succès, car on n'avait rien omis pour tâcher de le sauver.

Toutes les fois que cette méthode a été pratiquée aux Invalides, voici comment on se comportait.

Aussitôt que le malade arrivait, on commençait à faire avec ménagement quelques tentatives de réduction. Si elles étaient infructueuses et que les accidens fussent assez intenses, on lui faisait prendre un bain ; on le saignait et on laissait couler le sang plus ou moins, selon que l'étranglement était avec engouement ou avec inflammation. On renouvelait la saignée, s'il était besoin; on ne manquait jamais d'administrer des lavemens purgatifs ou émolliens, suivant les cas. Si, après l'emploi de ces moyens, les parties ne rentraient pas, le traitement de la maladie était continué de la manière suivante :



EXPLICATION DE LA PLANCHE.

A, paillasse.
B, premier matelas.
C, bord supérieur du deuxième matelas.
D, bord inférieur du deuxième matelas.
E, talon du deuxième matelas.
F, traversin.

On prend un matelas que l'on plie en double, comme il est représenté sur la planche ci-jointe, de manière que le bord du pli supérieur dépasse un peu le bord du pli inférieur, et que la surface du matelas décrive bien un plan très-oblique. On met, selon le besoin, un ou deux traversins sous le talon du matelas pour augmenter l'obliquité; on recouvre le tout avec un drap.

Les choses ainsi disposées, on place le malade sur le lit, de manière que les fesses soient posées sur le milieu du matelas, que les cuisses soient alongées et sur la même ligne que le ventre ; enfin, que le bassin soit en haut et très-élevé, et que la région diaphragmatique de l'abdomen soit située le plus bas possible. On met un petit traversin sous la tête du

malade pour la relever un peu, afin qu'il puisse garder cette position inclinée tout le temps nécessaire pour la réduction des parties.

Après cela, on fait des applications froides sur la tumeur : on emploie de préférence de la glace pilée, qu'on introduit dans une vessie, en remplissant celle-ci au tiers seulement, afin que, posée sur la hernie, elle puisse bien entourer la tumeur dans la plus grande étendue possible. On a soin de remettre de la glace dans la vessie aussitôt que la première est fondue, et chaque fois on fait quelque tentative de réduction. Presque toujours les parties rentrent dans les dix ou quinze premières heures, et il est rare de les voir dépasser la trentième heure de traitement.

Jamais je n'ai vu arriver d'accident par suite de l'application de la glace sur la tumeur, quel qu'ait été l'état de la hernie, et la maladie a toujours cédé à l'emploi de cette méthode.

Je crois que l'on pourra espérer le même succès toutes les fois que l'on sera appelé à temps, lorsque l'étranglement aura lieu à une hernie récente et même sur une hernie ancienne, si avant l'étranglement on pouvait facilement le faire rentrer dans l'abdomen.

Mais si l'étranglement est arrivé à une hernie volumineuse ancienne, qui depuis long-temps ne rentre pas, et que l'on soit obligé de soutenir les parties au dehors avec un suspensoir, dans ce cas, ce n'est que par l'opération qu'on peut espérer de faire cesser les accidens et de sauver le malade.

En effet, le sac peut être rétréci dans quelque point ; il peut former un ou deux collets ou avoir contracté des adhérences avec l'intestin. Dans cet état, ce ne serait pas sans danger que l'on ferait rentrer la hernie. D'ailleurs, dans ce cas, les parties, même supposées libres et sans adhérence dans le sac, ne pourraient guère se replacer dans la cavité abdominale sans causer beaucoup de douleur et peut-être de nouveaux accidens.

Tous les malades dont j'ai parlé dans ce mémoire ont été guéris des accidens causés par l'étranglement des parties, mais ils sont restés avec leur infirmité et dans la même condition qu'auparavant. Il est fâcheux qu'on ne puisse pas guérir radicalement une hernie. On a déjà proposé un grand nombre de moyens pour tâcher d'atteindre ce but; presque tous ont échoué. Je ne connais que la situation qui a réussi à Dulesme, et qui réussit constamment chez les enfans. Chez eux, la situation horizontale, et une légère pression produite par un bandage simple, suffisent pour empêcher les parties de sortir de l'abdomen. Au bout de quelques mois, les anneaux sont rétrécis, les ligamens ont repris leur ressort; les viscères, ayant augmenté de volume, restent à leur place, et ordinairement la hernie ne reparaît plus.

Je n'oserai pas affirmer qu'on obtiendrait le même résultat chez les adultes. Cependant certains phénomènes, qu'on observe chez l'homme malade, en laissent entrevoir la possibilité. En effet, nous voyons que toutes les cavités, tous les conduits, quels qu'ils soient, se rétrécissent aussitôt que la fonction qu'ils remplissent cesse d'être exercée.

Par exemple, un homme a un œil atrophié ; on reconnaît, après quelques années, que l'orbite de ce côté a perdu de ses dimensions et est beaucoup moins ample que l'orbite du côté opposé.

Un phénomène beaucoup plus remarquable encore est celui qu'on observe chez un individu qui a perdu la faculté d'entendre d'une oreille : les sons cessant de parvenir dans le labyrinthe, le conduit auditif externe se rétrécit insensiblement et devient visiblement plus étroit que celui du côté opposé. Les sons ne semblent pas par eux-mêmes capables d'entretenir la dilatation de ce conduit. Cependant le fait n'en existe pas moins.

J'ai remarqué plusieurs fois le même phénomène sur l'oreille interne des cadavres des personnes qui avaient perdu l'audition d'un seul côté, par suite de l'atrophie du nerf acoustique. Chez elles, toutes les cavités du labyrinthe étaient diminuées de capacité et étaient comparativement plus petites que celles du côté opposé. Nous reconnaissons encore ici que l'oreille, par sa disposition merveilleuse, est fait pour entendre, comme l'œil est faite pour voir.

Quinze invalides ayant eu le corps de la mâchoire inférieure emporté par un coup d'arme à feu, nous avons observé chez tous, après plusieurs années de séjour à l'hôtel, que la voûte palatine était rétrécie, enfoncée, et disposée presque en forme de gouttière alongée d'avant en arrière : on voyait que les rebords alvéolaires étaient beaucoup rapprochés ; cela venait de ce que la mâchoire inférieure n'existant plus, la déglutition seule s'exécutait et qu'il n'y avait plus de mastication.

Une dent est arrachée, on voit bientôt l'alvéole s'effacer.

Un homme célèbre, qui avait une voix forte et sonore, a été atteint tout à coup d'aphonie à l'âge de cinquante ou cinquante-cinq ans; il a vécu jusqu'à quatre-vingt-dix ans sans que la voix se soit rétablie. A sa mort on a trouvé le larynx peu développé ; les ligamens de la glotte et les ventricules du larynx entièrement effacés, J'avais depuis longtemps fait la même remarque sur d'autres sujets qui étaient à peu-près dans le même état.

Le canal artériel, le canal veineux, les artères et veines ombilicales s'oblitèrent, n'ayant plus de fonctions à remplir après que l'enfant a respiré.

Un os long contenant un séquestre a une cavité large, spacieuse, mais elle se rétrécit et revient sur elle-même après que la portion nécrosée a été enleveé.

Une personne a perdu une portion plus ou moins grande du poumon d'un côté, par suite d'une suppuration soit tuberculeuse, soit traumatique, on voit la poitrine du côté malade se rétrécir insensiblement pour se rapprocher de la portion du poumon restante; les côtes se touchent presque; au lieu de rester aplaties elles deviennent cylindroïdes, et le sternum s'incline un peu du côté affecté. C'est M. le baron Larrey qui a enrichi la physiologie de l'homme malade de la connaissance de ce phénomène très-remarquable.

Dans le cas de luxation non réduite on voit que la cavité abandonée s'efface, et la tête de l'os s'en pratique une autre dans le voisinage.

D'après tout ce que nous venons de rapporter, on conçoit la possibilité d'obtenir le rétrécissement de l'anneau, en éloignant la cause qui le dilate, et peut-être par ce moyen parviendrait-on à guérir radicalement les hernies. Voici comment :

Il faudrait mettre le malade dans la position oblique que nous avons indiquée, et la lui faire garder pendant deux ou trois mois, afin de permettre aux intestins de se replacer d'une manière stable dans l'abdomen. Dans cette position, le mésentère en reprenant son ressort se raccourcirait, perdrait de sa longueur; l'anneau inguinal et l'arcade crurale se

rétréciraient comme tous les conduits dans lesquels n'existent plus les parties qui auparavant les tenaient dilatés : je me persuade que la même chose arriverait encore ici, quoique le cordon des vaisseaux spermatiques continuerait d'exister dans l'anneau.

Ainsi puisque tous les jours, chez les enfans, ce moyen réussit, et que Dalesme, membre de l'ancienne Académie des sciences, s'est guéri lui-même par la seule position à l'âge de soixante-dix-huit ans, je ne vois pas pourquoi elle ne pourrait pas réussir à un âge beaucoup moins avancé. Je pense que la position proposée serait encore plus favorable à la guérison que la situation employée par Dalesme, qui se couchait seulement du côté opposé à la maladie.

Si l'on avait le bonheur de guérir radicalement une hernie, il ne faudrait pas oublier que les mêmes causes pourraient produire les mêmes effets; car l'estomac, l'arc du colon, le foie, la rate, agissant continuellement par leur poids et par l'action du diaphragme sur l'intestin grêle, sur la portion iliaque du colon et sur le cœcum, poussent ces viscères en bas et en devant, distendent par leur pression la partie inférieure des parois du ventre, dilatent l'anneau inguinal et l'arcade crurale, et peuvent déterminer de nouveau la hernie.

Pour prévenir cet accident, il faudrait ceindre la partie inférieure du ventre, comme le faisaient nos ancêtres, et comme le font encore les habitans de quelques contrées de l'Europe. Ils portent une ceinture dont le bord inférieur répond au pubis, le bord supérieur à l'ombilic et qui fait le tour du corps en passant sur les hanches et la région lombaire. Cette ceinture soutient les parois du ventre, s'oppose à la distension des parties aponévrotiques des muscles de l'abdomen et à la dilatation des anneaux et des arcades crurales; elle soutient encore tous les viscères les uns par les autres, les retient dans leur position, contre-balance efficacement l'action du diaphragme, et, à moins d'efforts extraordinaires, empêche les intestins et l'épiploon de se déplacer. Je regarde cette ceinture comme un des bons préservatifs contre les hernies, et c'est un tort d'en avoir abandonné l'usage.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

JUILLET, 1833.

LANCETTE DU 2. N° 82.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Service de M. Bérard jeune.

Clinique des maladies des yeux, par M. Sichel (1).

Diagnostic et opérations de la cataracte.

Vingt-unième observation. Cataracte lenticulaire double; opération par la cératonyxis; cataractes secondaires adhérentes, opérées par la scléroticonyxis; succès complet.

Marianne R. (veuve), âgée de 78 ans, d'une constitution faible, ayant souffert plusieurs fois d'un érysipèle de la jambe droite, sympathique d'un engorgement chronique du foie, avait été soignée par moi en ville pour ces affections depuis quelque temps, et se portait assez bien pour son âge, à l'exception d'un catarre invétéré avec quintes de toux extrêmement violentes. Elle se décida, non sans quelque répugnance, à se faire opérer de deux cataractes qui existaient depuis un temps très-considérable qu'elle ne pouvait préciser; cependant elle croit pouvoir affirmer que depuis plus de trois ans elle ne voit plus du tout de l'œil droit. Son œil gauche lui servait encore, au commencement de l'année, à se conduire dans sa chambre, très-peu éclairée; mais bientôt après la cécité devint presque aussi complète que celle de l'autre œil. Elle entra à l'hôpital, et fut couchée salle Sainte-Marthe, n. 14

Les deux cataractes étaient lenticulaires; on les reconnaissait facilement pour telles à leur couleur d'un gris blanchâtre laiteux, presque uniforme, plus saturée au centre, un peu plus claire vers la circonférence, sans brillant nacré ni stries, sans adhérences de l'iris, dont les mouvemens étaient libres, et qui projetait dans le pourtour du champ de la pupille une ombre assez large sur les crystallins. La cataracte de l'œil droit était assez dure dans sa substance médullaire, molle dans sa substance corticale; celle de l'œil gauche, au contraire, très-molle, comme l'indiquait sa couleur d'un blanc beaucoup plus clair, son rapprochement de l'iris, les mouvemens lents de cette membrane, et la largeur moins considérable de l'ombre qui se dessinait sur le cristallin. Ces circonstances, accompagnées de celle encore plus importante de l'existence d'une toux très-violente, me faisant craindre que l'abaissement n'eût point de succès, je me décidai à introduire l'aiguille courbe par la cornée, de tenter l'abaissement, et, s'il ne réussissait pas, d'essayer le broiement des cristallins. Mais, de toute manière, le prognostic devait être peu favorable, spécialement en ce qui concernait la cataracte de l'œil gauche.

Une ophthalmie catarrale qui existait accidentellement, fut d'abord combattue par l'emploi d'un collyre composé de deux onces d'eau distillée avec six grains de sulfate de cuivre et un scrupule de laudanum de Sydenham.

L'opération fut faite le 9 mars. La dilatation de la pupille, opérée par l'infiltration d'une solution d'extrait de belladone, constata le diagnostic en montrant d'abord la surface antérieure de la cataracte de l'œil gauche, beaucoup plus rapprochée du niveau de la pupille, et conservant une demi-transparence qui permettait de reconnaître le noyau du cristallin. Le diagnostic fut d'ailleurs entièrement confirmé par l'opération.

Une aiguille courbe fut introduite au milieu de la partie inférieure de la cornée, en face et un peu plus haut que le bord pupillaire inférieur; le côté concave de l'aiguille dirigée vers la cornée, la convexité en fut placée sur le diamètre vertical de la cataracte. A peine le manche de l'instrument fut-il levé pour abaisser la cataracte en la renversant sur sa surface postérieure, que la mollesse du cristallin fut pleinement confirmée; au lieu de céder devant la pression de l'aiguille, il se déchira de haut en bas, et il se forma une ouverture triangulaire dont la pointe se trouvait en haut. Tous les essais pour abaisser les fragmens furent vains, ils cédaient

(1) Un estimable confrère m'a fait l'honneur de m'adresser quelques questions sur les ophthalmies. Je l'en remercie, et je m'engage à y répondre dès que les leçons sur la cataracte, le glaucôme et le fongus médullaire de l'œil auront été publiées. Je me propose de revenir alors sur les ophthalmies et leur diagnostic différentiel.

devant l'aiguille pour la laisser passer à travers eux, et se réunir derrière elle. Je me contentai d'abaisser le noyau aussi bien que cela se pouvait, et de faire exécuter à l'aiguille des mouvemens qui pussent inciser la capsule et le cristallin dans toutes les directions. Le cristallin droit fut plus facile à abaisser; mais il resta incomplètement attaché par son bord inférieur et flottant; la capsule, au lieu de suivre le cristallin, resta en place sans être suffisamment déchirée, et céda à l'aiguille sans se laisser davantage inciser. La malade, qui distingua de suite, particulièrement de l'œil droit, les gros objets environnans, fut émue au plus haut degré de ce succès apparent. On la coucha. Des fomentations d'eau froide furent employées pendant plusieurs jours. Aucun signe d'inflammation ne survint, et aucun traitement ne fut mis en usage. Lorsque les yeux furent ouverts, le cinquième jour, les iris se montrèrent gonflées, les pupilles étroites, inégales, angulaires et remplies par des cataractes secondaires, capsulaires, encore à demi transparentes, derrière lesquelles on put reconnaître des portions des cristallins remontés. Des sangsues en petit nombre furent appliquées, des frictions avec l'onguent mercuriel et l'extrait de belladone, l'emploi interne du calomel à petites doses fréquemment répétées, et des infiltrations avec une solution d'extrait de belladone mises en usage; mais elles n'eurent pour résultat que de dilater un peu la pupille de l'œil droit et de hâter le retour de l'état normal de la surface antérieure de l'iris. Les cataractes capsulaires, grisâtres auparavant, devinrent de plus en plus blanches et légèrement nacrées; celle de l'œil gauche adhérait étroitement à l'iris; la pupille, entièrement immobile, représentait un triangle dont la base était tournée en bas, et dont la surface dépassait à peine une demi-ligne carrée. L'autre cataracte n'était collée à l'iris que dans sa partie interne; du côté externe, elle en était un peu distante, et n'y adhérait que par des filamens fibrineux, enduits de pigmentum; mais de cet œil comme de l'autre, la malade ne voyait que la clarté du jour, et les mouvemens des objets qu'on faisait passer devant ses yeux. Dès qu'il n'y eut plus de symptômes inflammatoires, il fallut donc procéder à une seconde opération, qui présentait moins de chances que la première, parce que, d'après le jugement de tous ceux qui ont souvent pratiqué l'opération de la cataracte, il n'y a rien de plus difficile que de détacher des adhérences qui occupent plus de la moitié du pourtour de la pupille.

L'opération fut pratiquée le 18 mai et réussit au-delà de tout ce qu'on avait pu espérer. Une aiguille courbe fut introduite dans l'œil gauche à travers la sclérotique et la choroïde; la grande difficulté fut de ne point blesser l'iris, en portant l'instrument derrière lui et la cataracte, et en le laissant pénétrer dans la chambre antérieure. La pointe de l'instrument fut heureusement poussée d'arrière en avant, à travers la capsule opaque sur son point de jonction avec le bord pupillaire externe et inférieur.

Une fois cette ouverture pratiquée il ne fut plus difficile de faire passer l'aiguille dans la chambre antérieure et de l'y faire manœuvrer, en saisissant avec sa pointe et ses tranchans les bords de la capsule épaissie. Il fut moins facile de détruire en entier les adhérences, particulièrement en haut.

Quelques gouttes de sang s'écoulèrent vers le bord supérieur de l'iris par suite du décollement de la capsule si intimement adhérente à cette partie; ce sang tomba, en formant deux lignes perpendiculaires rouges, au fond de la chambre antérieure. Dès que l'ouverture de l'iris fut rétablie, la pupille se dilata et prit sa forme normale: phénomène très-extraordinaire qui ne peut être expliqué que par le tiraillement violent des rayons de l'iris au-delà de leur tension normale et l'instillation long-temps continuée de la belladone. L'action physiologique que cette substance ne cessait d'exercer sur les fibres de l'iris, contrebalancée par les adhérences, ne pouvait devenir manifeste qu'au moment où l'obstacle à la dilatation de la pupille cessa brusquement. On sait que d'ordinaire la pupille se resserre considérablement dans le moment où l'aiguille y pénètre, non-seulement quand on n'a pas instillé une solution narcotique, mais encore quand on a pris cette précaution. A la surface postérieure de la cataracte capsulaire des morceaux du cristallin se trouvait adhérens, il fallut les abaisser en même temps. La pupille fut entièrement débarrassée du corps opaque, et la malade recouvra la vue dès que l'opération fut terminée. De l'autre œil, l'opération, pratiquée d'après la même méthode, fut moins difficile, parce que la distance entre l'iris et le côté externe de la cataracte permit de passer l'aiguille devant celle-ci, sans la perforer d'arrière en avant, ce qui est un des points les plus épineux de l'opération de la cataracte adhérente; car il faut s'être beaucoup exercé pour être en état d'apprécier jusqu'où l'aiguille peut avoir pénétré, quand on ne peut point la voir. L'opération se termina tout aussi favorablement de cet œil que de l'autre. Une goutte de solution d'extrait de belladone fut de suite instillée entre les paupières, et quoiqu'il ne se montrât aucun signe inflammatoire, des frictions avec l'onguent mercuriel et l'extrait de belladone et des instillations d'une solution de cet extrait entre les paupières entr'ouvertes, furent employées pendant quelque temps. Des vomissemens de matière bilieuse eurent lieu les deuxième et troisième jours après l'opération; un lavement et une décoction de deux onces du pulpe de tamarin les firent cesser. Les yeux furent ouverts le matin et le soir du deuxième jour après l'opération et des jours suivans; quelques jours plus tard il fut permis à la malade de les ouvrir de temps à autre dans l'ombre.

Une sensibilité à la lumière assez vive, une contraction très-forte des pupilles et une injection des conjonctives nécessitèrent l'emploi de quelques sangsues et de nouvelles frictions avec la même pommade. Cet état cessa peu à peu; les pupilles n'avaient cependant jamais cessé d'être rondes et noires, quoiqu'elles fussent presque immobiles.

Le 15 juin, la malade quitta l'hôpital entièrement guérie et hautement satisfaite du résultat de l'opération, qu'elle n'avait point espéré. Sa vue était bonne, les pupilles peu mobiles, mais rondes, libres de tout fragment de membrane ou de substance du cristallin et de tout filament fibrineux. Il restait encore un peu de sensibilité à la lumière, qui l'empêchait d'exercer sa vue sur des objets de petites dimensions. Quelque temps après, nous l'avons revue; la sensibilité de l'œil avait diminué; elle nous raconta, pleine de joie, qu'elle

avait reconnu quelques lettres imprimées sans se servir de lunettes, essai anticipité que nous lui avons défendu de répéter.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Hernie inguinale congénitale du côté gauche; étranglement au collet du sac; opération; réduction; formation d'abcès dans la fosse iliaque droite; ouverture de ces derniers; guérison.

La hernie congénitale, dit M. Dupuytren, est une tumeur dans laquelle les parties sorties de l'abdomen par l'anneau inguinal, ont pour sac herniaire la tunique vaginale elle-même, et sont en contact immédiat avec le testicule.

Cette hernie commence le plus ordinairement à l'endroit où le cordon testiculaire s'engage sous le bord inférieur du muscle transverse; le péritoine présente en cet endroit un petit enfoncement en forme d'entonnoir, dont on augmente la profondeur en tirant de haut en bas le cordon testiculaire.

Si une portion d'intestin ou de tout autre viscère, poussé par un effort, vient à s'engager dans ce petit enfoncement du péritoine, elle le distend, et ce petit sac, qui n'existait d'abord que sous le bord inférieur du muscle transverse, s'étend peu à peu sous celui de l'oblique interne, et sort par l'anneau inguinal après avoir suivi, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, le trajet oblique du cordon testiculaire, au-devant duquel il est situé. La portion du sac péritonéal, qui s'étend d'abord depuis l'endroit où la hernie a commencé à l'intérieur jusqu'à l'anneau inguinal, forme une espèce de tuyau cylindrique qu'on désigne sous le nom de col du sac herniaire.

C'est le péritoine, membrane extensible et susceptible de se déplacer à cause de la laxité du tissu cellulaire qui revêt sa face externe, qui se prête à la pression sans se rompre, environne les viscères sortis, et constitue ce que l'on a appelé le sac herniaire.

L'étendue de ce sac est proportionnée à celle de la tumeur. A mesure que celle-ci s'accroît, il s'accroît de même. Dans la hernie incomplète, il forme un cul-de-sac à large ouverture; mais dans la hernie complète, il forme une poche rétrécie à son entrée.

Quelquefois il se présente plusieurs rétrécissemens en forme de collets; c'est ce que l'on a appelé sac à collets. Ils peuvent être arrondis, larges ou bien étroits et presque tranchans; voilà pourquoi ils deviennent de véritables agens d'étranglement. Les hernies compliquées de ces étranglemens sont d'une grande gravité, et lorsqu'on a trop différé, on emploie contre elles souvent en vain les secours de l'art, dont on aurait obtenu le plus heureux succès dans un moment opportun.

Les moyens les plus efficaces à opposer à ces complications, sont de soustraire les parties au danger qui les menace en faisant cesser l'étranglement. Voilà l'indication : on la remplit, soit en détruisant par le fer la cause d'étranglement, soit en obtenant le retour des parties dans le ventre sans le secours de l'instrument tranchant.

Malheureusement, dans un assez grand nombre de cas, il faut en venir à l'opération, soit que la hernie ait acquis un grand volume ou qu'elle soit sortie depuis long-temps; elle est alors presque toujours irréductible. La saignée, dans ces circonstances, a de grands avantages, elle facilite la réduction en même temps qu'elle s'oppose au développement ultérieur des accidens qui peuvent suivre la herniotomie; par elle les accidens inflammatoires sont rallentis; aussi est-elle formellement recommandée et constamment employée par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu dans toutes les espèces d'étranglemens, surtout si le sujet est jeune et vigoureux.

Telles sont les considérations que M. Dupuytren a présentées au sujet d'un malade couché au n. 43 de la salle Sainte-Marthe.

Ce jeune homme, à peine âgé de 23 ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, marchand d'habits à Paris, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 19 avril dernier, quelques instans après la visite du matin.

Il portait dans la région inguinale du côté gauche, une tumeur volumineuse, dure, très-douloureuse à la pression, qui ne pouvait être déplacée ni changée de forme.

Depuis vingt-quatre heures le malade était en proie à des accidens d'étranglement, des nausées, des rapports, des coliques, des vomissemens; le pouls était serré, petit, tous les muscles de la face étaient crispés, les membres contractés, etc.

Dans cet état, le professeur, craignant avec raison s'il temporisait de trouver l'intestin perforé jugea prudent de procéder de suite à l'opération. Le jeune homme fut donc apporté immédiatement à la clinique, et après avoir été convenablement placé sur un lit, la tête un peu basse, les membres dans le relâchement; il fut soumis ainsi à l'opération. M. Dupuytren pratiqua sur la tumeur (qui, par sa largeur, embrassait tout l'anneau inguinal) une incision qu'il dirigea de haut en bas, et de dehors en dedans. Des ciseaux finis l'aidèrent à pénétrer dans le sac herniaire, après l'avoir légèrement pincé; une assez forte quantité de liquide s'écoula; le chirurgien introduisit alors dans la petite ouverture faite au sac une sonde cannelée qui servit de conducteur au bistouri, et aggrandit l'ouverture du sac.

Après ce second temps de l'opération, un grand nombre de vaisseaux demandèrent des ligatures (les deux bouts). La position respective des parties était la suivante : le testicule était en dedans; l'intestin en dehors. Le professeur alla à la recherche de l'étranglement. A quelques lignes en dedans de l'anneau, il sentit une première bride qui était formée par un repli du sac; ce premier étranglement fut détruit à l'aide d'un bistouri boutonné.

En explorant de nouveau le canal inguinal avec le doigt indicateur, il trouva une seconde bride d'une grande dureté, et tellement serrée, que la pulpe du doigt ne put y pénétrer.

Ce second étranglement avait lieu presque à l'orifice supérieur du canal inguinal; le bistouri fut glissé très-haut entre le testicule et l'intestin et triompha de ce dernier obstacle.

La réduction, quoique contrariée par les mouvemens, les efforts du malade qui tenait la bou-

che fermée, contractée, fut faite en assez peu d'instans. Le professeur fit remarquer une empreinte circulaire d'un rouge brun qui existait déjà sur l'intestin, et qui était la trace de l'étranglement qu'il avait subi. Il pansa simplement, fit reporter le malade à son lit, et prévint le développement de l'inflammation qui suit trop souvent cette opération par des saignées générales et locales.

Le 23 avril, trois jours après l'opération, le malade était en voie de convalescence. Il n'avait éprouvé aucune colique; les nausées, les rapports, les hoquets n'avaient pas reparu, des selles abondantes avaient eu lieu. Il fut pris seulement d'une épistaxis, quoiqu'il ait été copieusement saigné; mais cette évacuation, loin de lui nuire, activa sa guérison.

Le 28, il demandait avec instance des alimens, et le professeur, tout en accordant un peu de bouillon, fit surveiller soigneusement les personnes qui devaient venir lui rendre visite.

Cette précaution ne fut pas inutile, car on trouva sur un de ses parens qui venait le visiter le même jour et qui avait déjà pénétré dans la salle, des pâtisseries qui lui étaient destinées. Le malade continua à bien aller jusqu'au 3 mai.

A la visite de ce jour, M. Dupuytren remarqua qu'il s'était formé un peu de pus autour de la plaie; la peau était rouge, soulevée, tendue, douloureuse. Après avoir divisé les tégumens avec soin, dans la crainte de rencontrer l'intestin, le professeur donna cours à une assez forte quantité de pus de bonne nature.

A peine ces premiers accidens étaient-ils calmés, que l'on aperçut (chose assez remarquable) une formation de pus du côté opposé à la hernie. Il existait en effet au côté droit un gonflement assez considérable qui environnait l'anneau inguinal.

Le 29 mai, le professeur se décida à pratiquer sur ce nouvel abcès une incision qui facilita encore l'écoulement d'une quantité assez abondante de pus; des mèches furent laissées dans les petites plaies et s'opposèrent pendant quelques jours à leur réunion.

Ce n'est pas sans quelque peine que l'on s'était décidé à ouvrir ainsi plusieurs fois les parois de l'abdomen. En effet, il était pénible après avoir, par une opération délicate et toujours très-grave, arraché un malade à la mort, il était pénible, disait le professeur, d'aller attaquer des parties dont la lésion pouvait compromettre une vie que l'on avait eu tant à cœur de conserver. Mais il était à craindre aussi que ces foyers ne s'ouvrissent dans l'abdomen et ne donnassent lieu à des accidens mortels. Nos incisions ont eu pour résultat de vider, d'exprimer le pus contenu dans les parois de l'abdomen et notre malade a été conduit ainsi à une heureuse guérison; de longues douleurs, un séjour de deux mois et demi à l'hôpital, ont affaibli sa constitution. Aussi l'habitation à la campagne lui a été conseillée, un régime sévère sera observé, et s'il veut bien s'y conformer, on ne doute pas qu'à l'aide d'une hygiène bien entendue, de précautions indispensables, telles qu'un bandage doux, bien appliqué, et une grande prudence dans les exercices auxquels il pourra se livrer, on ne doute pas qu'il ne se remette entièrement des graves accidens qu'il a éprouvés.

LANCETTE DU 4. N° 83.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Service de M. Bérard jeune.

Clinique des maladies des yeux, par M. Sichel.

Diagnostic et opérations de la cataracte.

(Suite du numéro précédent.)

Vingt-deuxième observation. Cataracte lenticulaire double, opérée par la scléroticonyxis; guérison.

G., veuve M., âgée de 73 ans (salle Sainte-Marthe, n. 10), faible, ayant le col courbé et la tête tremblante, est affectée depuis très-longtemps de deux cataractes lenticulaires, dont la gauche est complète, gris d'acier foncé, assez dure, et ne présente rien de particulier; les mouvemens de l'iris sont normaux, l'ombre est fortement dessinée sur le cristallin. Celle de l'autre œil est complète aussi, mais très-molle, gonflée, comme saillante dans la chambre antérieure, de manière à tenir la pupille dilatée et à supprimer en entier la mobilité de l'iris, dont on ne voit pas l'ombre; elle est de couleur blanche un peu laiteuse; sur sa partie inférieure on voit une tache d'un jaune serin qui fait croire que dans ce point la couche molle extérieure est moins épaisse, et laisse entrevoir le noyau; sur le bord inférieur du cristallin se trouve une végétation ayant la forme d'un ourlet frangé, de couleur jaunâtre. La sensation de la lumière est moins forte de ce côté. Le commémoratif ne montrait aucune maladie qui pût avoir influé sur la formation de la cataracte. Celle-ci ne semblait que l'effet de l'âge avancé.

L'opération fut faite le 18 mai par l'abaissement et par la scléroticonyxis; après l'incision de la capsule, le cristallin céda facilement, et ne resta adhérent qu'à sa partie inférieure; remonté, il fut à peine de nouveau touché avec l'aiguille, qu'il se replongea dans le corps vitré, plus liquide que d'ordinaire, pour monter et s'abaisser alternativement, et exercer un mouvement de bascule à la manière des cataractes branlantes ou nageantes. La malade vit de suite très-bien. L'autre œil fut opéré avec une autre aiguille dont le talon était trop large et ne se laissa pas facilement pousser et tourner dans la plaie. La pointe n'en était pas encore arrivée au-delà du milieu du champ de la pupille, qu'il fut impossible de la faire avancer davantage sans effort et sans craindre de blesser, par un mouvement brusque ou forcé, l'iris ou une autre partie interne de l'œil. Il fallait donc inciser la capsule et essayer l'abaissement. A peine la capsule fut-elle ouverte, qu'un liquide blanc grisâtre, trouble et un peu épais, s'en échappa et remplit tellement la pupille, que tous les autres mouvemens durent être faits dans l'obscurité, sans qu'on pût les suivre de l'œil. L'aiguille fut retirée après quelques momens. La partie supérieure de la pupille s'éclaircit, et l'on vit que le cristallin, renversé, flottait à la hauteur du bord pupillaire supérieur. La malade reconnaissait les gros objets. Le même traitement fut mis en usage, comme dans l'observation précédente. Le second jour

après l'opération, la malade eut des nausées, des envies de vomir et une violente douleur du côté droit de la tête. Ce n'est qu'alors qu'elle me dit que six à huit semaines auparavant, elle a fait une chute sur ce côté, et que depuis des douleurs périodiques assez fortes lui sont restées. L'œil droit est injecté. L'application de 12 sangsues à la tempe droite, un lavement émollient et le calomel à petites doses, sont mis en usage, et continués pendant quelques jours. Les symptômes, à l'exception de l'injection de l'œil, cessent en peu de temps. Les frictions et injections de belladone sont effacées sur le cahier, mais par erreur on les continue encore quelques jours. Les pupilles sont rondes, dilatées; celle du côté gauche est tout-à-fait noire, mais immobile, et la malade ne voit pas si bien de cet œil qu'immédiatement après l'opération. L'injection de l'œil droit se dissipe en quelques jours; alors on voit que le noyau du cristallin est renversé de manière que sa surface antérieure est devenue la supérieure, et que la circonférence inférieure est maintenant l'antérieure; on reconnaît cette dernière à l'ourlet frangé dont nous avons parlé; le cristallin est branlant. La tache jaune qui se trouvait dans le cristallin, est une portion de son noyau, qui maintenant est tombé dans la chambre antérieure, et comprime le bord irisien inférieur.

L'humeur aqueuse est devenue limpide, la vue est faible de cet œil. L'autre œil, dont l'état est tellement normal qu'un des médecins praticiens présens à la clinique ne crut pas d'abord qu'il eût été opéré, présente cependant un état de faiblesse qui peut bien être la suite de l'âge avancé, des infirmités et de l'extrême indolence de cette femme, mais qui nous semble cependant provoqué en partie par l'usage de la belladone, continué par erreur au-delà de ce qui était rationel; la presque immobilité de l'iris semble le prouver. La malade est sortie le dixième jour après l'opération.

Nous l'avons revue plusieurs fois à la consultation. La résorption du noyau du cristallin droit avançait, quoique lentement; il n'y a pas de trace de la cristalloïde antérieure. Un liniment excitant a été prescrit, tant pour stimuler la rétine de l'œil gauche que pour hâter la résorption du reste de la cataracte dans l'œil droit.

Vingt-troisième observation. Cataracte lenticulaire, dure, complète; opération par l'extraction; guérison.

B., âgé de 58 ans, fruitier (salle Saint-François, n. 2), n'a jamais subi aucune maladie grave. Depuis plusieurs années sa vue s'est insensiblement affaiblie, particulièrement de l'œil droit, duquel il ne reconnaît plus à présent que la clarté du jour, le mouvement des corps que l'on agite devant lui et le sens dans lequel on les fait mouvoir. De l'œil gauche il reconnaît les gros objets, et peut encore se conduire. L'affection s'est développée sans être accompagnée de douleurs, d'étourdissemens ou d'autres symptômes concomitans.

Nous reconnûmes deux cataractes lenticulaires; celle de l'œil gauche est encore à son début, mais bien caractérisée par une opacité convexe, d'un gris très-clair, qui occupe la place du cristallin, et sur le pourtour de laquelle l'ombre de l'iris commence à se dessiner. La cataracte de l'œil droit est d'une couleur d'un vert grisâtre foncé, et présente tous les signes de la dureté du cristallin : large ombre, grande mobilité de l'iris, distance considérable entre lui et le cristallin, couleur foncée de la cataracte, etc.

A la surface du cristallin on voit de petites plaques inégales, blanchâtres, que l'on pourrait, au premier coup-d'œil, prendre pour des opacités partielles dans la capsule extérieure, mais qui ne le sont pas; la parfaite transparence de tout le reste de la cristalloïde antérieure permet de reconnaître que ces plaques ne sont en effet que de petites parcelles molles de la surface du cristallin, qui s'en sont détachées pour s'appliquer étroitement à la face interne de la capsule.

Quoique la chambre antérieure de l'œil, très-étroite, fût à la rigueur une contre-indication de l'opération par extraction, et bien que l'abaissement eût peut-être également réussi dans ce cas, je crus cependant devoir la pratiquer, car il n'y avait pas dans ce moment à la clinique un autre individu mieux disposé pour cette opération, et cependant il importait de pouvoir établir une comparaison entre les différentes méthodes. D'ailleurs, l'étroitesse de la chambre antérieure, suite du peu de convexité de la cornée et du rapprochement de cette membrane et de l'iris, quoiqu'augmentant de beaucoup les difficultés de l'opération, n'était pas une contre-indication absolue. L'extraction du cristallin de l'œil droit fut donc faite le même jour que les deux autres opérations (18 mai). Une goutte de solution d'extrait de belladone fut instillée la veille au soir, et une autre quelques heures avant l'opération, pour provoquer une dilatation de la pupille. Le lambeau fut formé sur le bord supérieur de la cornée par le procédé et avec l'instrument inventés par le professeur Jaeger, de Vienne, dont une description succincte va suivre plus bas. L'œil était extrêmement inquiet, et après des mouvemens en différens sens, qui rendaient très-difficile la ponction de la cornée et le passage de l'instrument à travers la chambre antérieure, il finit par se rouler tellement dans le grand angle, que plus de la moitié interne du globe de l'œil fut cachée, et que par conséquent l'instrument devait être manié sans qu'on pût en observer la pointe. Je parvins cependant à le faire sortir à l'endroit où cela devait avoir lieu, et le lambeau devint régulier. Mais la paupière supérieure, en s'abaissant, renversa le lambeau, qu'il fallut de suite replacer.

La capsule fut incisée dans toutes les directions avec une simple aiguille à cataracte droite; à peine le fut-elle que les contractions des muscles du globe de l'œil firent sortir brusquement le cristallin, qui était jaune-oranger, très-dur et très-convexe. Aucune portion de corps vitré ne suivit; l'iris était dans l'état et la position normales. La pupille était entièrement noire, preuve que le siége des taches ou plaques blanchâtres avait été dans le cristallin et non dans la capsule, dont les opacités ne disparaissent point après l'extraction, à moins qu'on n'enlève la membrane du cristallin, en l'arrachant avec le crochet ou les pinces.

Le malade fut couché; les deux autres opérations devant être faites immédiatement après, une petite bandelette de taffetas d'Angleterre fut appliquée à la hâte sur les paupières des deux yeux, en recommandant au malade de ne point les ouvrir. Après

trois quarts-d'heure à peu près, nous trouvâmes les yeux ouverts; la paupière supérieure droite était engagée entre les lèvres de la plaie et avait entièrement renversé le lambeau. Ce lambeau fut de suite réappliqué et les bords de la plaie réunis, autant qu'une procidence de l'iris très-considérable le permettait. Peut-être qu'il eût été facile de faire la reposition de cette procidence; mais il était à craindre que l'œil, fortement irrité, ne fût porté, par le contact d'un corps étranger avec l'iris, à des contractions musculaires qui eussent pu provoquer la sortie d'une portion très-considérable du corps vitré. Il fallait donc se contenter de fermer de suite les paupières et de les tenir réunies par une bandelette de taffetas d'Angleterre, après avoir préalablement instillé une goutte de belladone, dans le but de produire une dilatation de la pupille qui pût peut-être faire rentrer une portion de l'iris engagée lâchement entre les lèvres de la plaie.

Le malade se plaignait d'une sensation désagréable et presque douloureuse, comme si un petit corps étranger lui était tombé dans l'œil, signe presque constant dans les procidences de l'iris. Des fomentations avec de l'eau froide furent faites. Le soir une douleur assez forte dans l'œil opéra un gonflement des paupières; une chaleur générale et une plénitude et dureté assez marquées du pouls nécessitèrent une saignée du bras, de trois palettes, et des frictions mercurielles avec la belladonne. Pour toute nourriture, le malade reçut un bouillon par jour et de la limonade pour boisson. La douleur de l'œil diminuait, le gonflement fut encore considérable le 20; de petites doses de calomel furent ordonnées. Les instillations de belladone furent continuées deux fois par jour, en ayant soin, de bien fermer l'œil immédiatement après, en réappliquant les bandelettes. La conjonctive se montrait très-injectée et gonflée; la cornée, en état d'inflammation, présentait la matité et l'aspect sablé qui en sont les symptômes pathognomoniques et qui empêchaient presque de voir la pupille. Nous nous sommes bien abstenu de faire des essais sur l'état de la faculté visuelle, qui n'auraient pu qu'effrayer le malade par leur résultat alors nécessairement défavorable. Le 22, aucun médicament, à l'exception de la belladone, n'est plus employé. La cornée commence à s'éclaircir; depuis ce jour elle revient rapidement à son état normal.

Le 23, quelques symptômes de salivation se sont montrés; un purgatif et un collyre aluminé en ont arrêté les progrès sans pouvoir la faire entièrement avorter. Il reste encore du boursoufflement dans la conjonctive et quelquefois un peu de douleur; 15 sangsues sont appliquées à la tempe droite. Le malade ne prend toujours que quelques bouillons pour toute nourriture. La paupière, relevée dans une demi-obscurité, laisse voir la procidence de l'iris diminuée de beaucoup, mais encore entourée d'un bourrelet vasculaire assez épais; la plaie n'est pas encore complètement cicatrisée dans tous les points. Un collire composé de deux onces d'eau distillée avec addition de six grains de sous-acétate de plomb liquide et 12 gouttes de laudanum, dont l'action est successivement augmentée, est mis en usage.

Le 29, un retour de l'inflammation de la conjonctive et de la cornée, accompagné de constipation, nécessitent l'emploi de quinze sangsues et d'une décoction de deux onces de tamarin; ces moyens font de suite avorter l'inflammation. Des instillations d'une goutte de laudanum sont faites deux fois par jour. Nous engageons le malade à ouvrir fréquemment les yeux, en laissant les rideaux de son lit tirés. La force de la vue augmente rapidement. Il sort guéri le 8 juin, le vingt-unième jour après l'opération. La procidence de l'iris a considérablement diminué de volume. La cicatrisation de la plaie est complète et solide; la pupille, par suite de la procidence, est devenue un peu excentrique dans sa partie supérieure; mais elle est large et sa partie inférieure est tout-à-fait normale, sans bride fibro-albumineuse. La cicatrice est encore entourée d'une opacité de la cornée; mais toutes ces irrégularités n'occupent que la partie supérieure du globe de l'œil, qui, pendant l'acte de la vision, est recouverte par le bord libre de la paupière correspondante, et ainsi il n'en résulte aucun effet défavorable. L'iris a la couleur de celle de l'œil sain. Le malade se conduit parfaitement bien sans lunettes et distingue les petits objets, dont cependant il ne nuance pas encore bien les couleurs. Le sulfate de cuivre à égale dose a été substitué à l'acétate de plomb contenu dans le collire. Quelque temps après ce sel fut remplacé par quelques grains de nitrate d'argent fondu: l'injection de la conjonctive a presque disparu.

Nous n'avons pas encore voulu essayer l'effet des lunettes à cataracte; mais il n'y a pas de doute que ce malade lira et écrira comme avant l'opération, quand il fera usage de ces lunettes.

Dans un prochain numéro, nous tirerons de ces trois observations, mises en regard, toutes les conclusions pratiques qui peuvent en découler.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Leçon de M. Andral sur la migraine (perversions de la sensibilité).

Le principal phénomène de la migraine est une douleur vive et profonde, bornée ordinairement à un seul côté de la tête, commençant souvent au fond de l'orbite, et se répandant de là à la tempe et au sommet de la tête. Elle disparaît complètement et spontanément, pour revenir quelquefois à des époques périodiques régulières, et présente toujours les mêmes symptômes. Les causes en sont complètement ignorées. On ne peut, d'après les faits existans, apprécier l'influence de la saison sur la production de cette maladie. Quelques conditions morbides de l'estomac agissent certainement; mais seulement comme cause occasionnelle, et on aurait tort de les regarder comme causes premières et uniques de la maladie; car, d'une part, toutes les variétés des lésions de l'estomac peuvent exister sans migraine, et d'une autre part, on rencontre souvent la migraine avec un état parfaitement sain de l'estomac.

Tout ce qui détermine une excitation ou un trouble dans le système nerveux peut, chez les personnes prédisposées, occasionner un accès de migraine. Il en est de même d'une foule de lésions organiques. La migraine peut se rencontrer à tout âge, chez les enfans de sept à huit ans et chez les les vieillards de soixante à soixante-dix ans. Une fois déclarée, elle dure ordinairement pendant un certain nombre d'années, jusqu'à trente ou quarante ans peut-être, d'une manière irrégulière.

Plus on avance en âge, plus les accès s'éloignent ordinairement; ceci comporte néanmoins de nombreuses exceptions. Bien qu'elle débute rarement après l'âge de vingt-cinq ans, il y a cependant encore ici de trop nombreuses exceptions pour qu'on pose une règle générale. La disposition héréditaire est très-marquée et incontestable dans cette maladie. J'ai vu moi-même une famille dont tous les membres ont été affectés dans trois générations. Les accès sont séparés par des intervalles de santé parfaite, et pendant lesquels d'autres maladies peuvent se déclarer. Enfin, la migraine, comme toutes les affections nerveuses, peut offrir des symptômes précurseurs ou débuter d'une manière soudaine et tout-à-fait imprévue.

Les symptômes sont de deux espèces; les uns appartiennent directement au système nerveux; les autres se lient aux organes digestifs, et spécialement à l'estomac. Les premiers ne sont nullement uniformes. Quelquefois, par exemple, le malade éprouve diverses affections morales; il devient triste et mélancolique sans cause connue. D'autres fois il éprouve des horripilations, des frissons, un malaise général comme aux approches de la fièvre. La vision est souvent troublée; des éblouissemens et quelquefois même la perte de la vue s'observent avant l'accès. Les éblouissemens persistent jusqu'au moment de l'accès, ou, ce qui est fort singulier, cessent quelquefois une ou deux heures auparavant. Les malades ne distinguent souvent les objets que d'une manière confuse; mais ceci est plutôt un symptôme de l'accès qu'un prodrôme. Dans un cas singulier que cite Tissot, le malade était constamment affecté de surdité vingt-quatre heures avant le paroxysme. L'odorat peut également être troublé ou aboli.

Le même auteur a vu un homme, priseur déterminé, qui était toujours averti de l'approche de l'accès, six ou huit heures auparavant, par la perte de la faculté de sentir le tabac. Tels sont les symptômes les plus remarquables qui affectent le système nerveux. Quant à ceux qui se rapportent aux organes digestifs, ils sont bien moins fréquens et bien moins constans. Dans quelques cas fort rares on a remarqué un redoublement d'appétit; dans l'autre l'appétit a au contraire été totalement perdu pendant un certain temps. Chez un petit nombre de sujets, des vomissemens, de la diarrhée ou de la constipation ont été observés, mais d'une manière peu constante et sans importance.

Passons maintenant aux symptômes qui marquent l'accès. Le principal est une douleur intense déchirante, commençant pour l'ordinaire dans l'orbite et s'étendant de là à tout un côté de la tête, le même ordinairement dans tous les accès. Il y a cependant à cela des exceptions remarquables, la douleur affectant alors alternativement un côté ou l'autre de la tête. Quelquefois même, elle occupe toute la tête, mais avec plus de violence d'un côté. Dans quelques cas elle acquiert de suite son maximum d'intensité; dans d'autres, elle y arrive lentement et décroît ensuite graduellement. Pendant l'accès le malade sent le besoin irrésistible d'un repos complet; le moindre bruit exaspère horriblement ses douleurs; le mouvement d'une montre est un tourment pour lui. L'impression de la lumière n'est pas moins douloureuse, le malade recherche une profonde obscurité. La peau devient quelquefois en certaines parties d'une telle sensibilité, que le toucher le plus doux sur l'épaule ou la face occasione d'extrêmes angoisses. La douleur n'est pas toujours fixée à une partie, ou au point de départ, elle diverge et se ramifie dans toutes les directions, affecte les joues et la bouche, et alors elle s'accroît par la moindre tentative d'ouvrir la bouche ou de prononcer une parole. L'occiput, la nuque, le moignon de l'épaule et même les bras et les avant-bras peuvent participer de cet état.

Dans quelques cas fort rares, une excrétion quelconque, des vomissemens, par exemple, ont semblé faire avorter l'accès. Outre ces symptômes caractéristiques on en observe d'autres de moindre importance, quoique souvent fâcheux. Les uns appartiennent au système nerveux, les autres aux organes digestifs, d'autres à la circulation générale ou capillaire, d'autres enfin aux diverses sécrétions.

Dans la première série, nous comprendrons l'aliénation mentale ou le délire pendant l'accès, symptôme rare sans doute, peu important et fugitif. Les lésions du mouvement sont bien plus fréquentes et plus remarquables. Chez quelques sujets, il survient de violentes convulsions de diverses espèces; bornées aux muscles temporaux elles peuvent avoir assez de violence pour disjoindre les sutures du crâne. D'autres fois elles s'étendent aux muscles voisins, à ceux de la face, des paupières, du cou et même de tout le corps. En général, néanmoins, les convulsions ont peu de violence et ne consistent guère qu'en un tremblement musculaire. Les parois de l'abdomen sont quelquefois le siége principal de pénibles contractions. Diverses lésions de la sensibilité peuvent se présenter aussi; la perception d'odeurs extraordinaires, d'un goût semblable à celui que détermine le courant galvanique dans la bouche; la vue peut être troublée par une foule de bizarres illusions, brouillards, météores lumineux, etc. Quelquefois les malades ne distinguent que le centre, la périphérie ou la moitié des objets. En un mot, les hallucinations ou les aberrations de la vue sont innombrables. La dernière des complications nerveuses est le résultat des symptômes essentiels et accidentels, telle qu'une fatigue extrême, une prostration des forces, quand l'accès s'est prolongé un certain temps. (La suite au prochain numéro.)

LANCETTE DU 6. N° 84.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Clinique de M. Guersent.

Pleuro-pneumonie gauche; emploi des émissions sanguines et des révulsifs; guérison prompte.

Les phlegmasies pulmonaires sont extrêmement communes chez les enfans. Et, malgré l'autorité d'Hippocrate, qui a dit en parlant de ces affections : *Hi morbi ante pubertatem non fiunt*, nous pouvons affirmer que la moitié des malades qui succombent à l'hôpital des Enfans, meurent par le poumon. Dans cet établissement la pneumonie s'observe à toutes les époques de l'année; elle s'y présente sous toutes les formes. Tantôt c'est cette phlegmasie franche se développant sous l'influence de causes atmosphériques, caractérisée par une douleur vive de l'un des côtés de la poitrine, accompagnée d'une fièvre intense, et d'une expectoration sanguinolente. Cette forme s'observe principalement chez les enfans qui appro-

chent de l'âge de puberté. Tantôt c'est cette forme de pneumonie que les anciens appelaient latente, et qui débute d'une manière insidieuse, marche lentement, et se montre surtout à la suite de la rougeole, de la coqueluche, ou d'une simple bronchite persistant depuis plus ou moins long-temps. Elle n'est point caractérisée par les symptômes qu'on observe dans la pneumonie franche. Mais l'auscultation et la percussion du thorax ne permettent pas de la méconnaître.

Première observation.— L'enfant Livrot, âgé de huit ans, admis à l'hôpital le 8 juin, n'a point été vaccinée; il n'a eu ni rougeole, ni coqueluche. Il jouit habituellement d'une bonne santé. Quatre jours avant son entrée, sans cause connue il fut pris de fièvre, de toux et de douleur qu'il rapportait à l'hypocondre gauche. Il continua à prendre des alimens en petite quantité, mais ils ne tardèrent pas à être rejetés par le vomissement. Il survint en même temps une diarrhée peu abondante qui dura deux jours. A ces symptômes se joignit une céphalalgie intense, accompagnée la nuit d'agitation et d'insomnie. Aucun traitement actif ne fut mis en usage. Dans la soirée du 18, jour de son entrée, le pouls battait 128 fois par minute.

Le 19, décubitus sur le côté gauche, dyspnée intense, toux sèche, fréquente, sans expectoration; douleur vive sous le sein droit augmentant par la toux, par les fortes inspirations et par la percussion; accélération des battemens du cœur et des mouvemens respiratoires, 112 pulsations, 76 inspirations; matité des deux tiers inférieurs du côté gauche du thorax, égophonie, respiration bronchique; quelques bulles de râle crépitant vers l'angle de l'omoplate. La résonnance du côté droit est normale, la respiration est pénible. La langue est rouge à la pointe, et couverte à son centre d'un enduit blanchâtre, la soif est vive, le ventre indolent, constipation depuis deux jours. 12 sangsues sur le côté gauche de la poitrine, 6 à la partie antérieure, 6 à la partie postérieure; mauve édulcorée, julep huileux, diète.

Le 20, pas de changement dans l'état local, exaspération des symptômes généraux; 120 pulsations, 84 inspirations. Deux ventouses scarifiées.

Le 21, le pouls descend à 60 pulsations, il offre quelques intermittences. On compte 52 mouvemens inspiratoires. Le son est toujours obscur dans les deux tiers inférieurs du côté gauche, mais la respiration bronchique est remplacée par un râle crépitant à grosses bulles. Le soir pouls à pulsations 66, 36 inspirations. Un vésicatoire sur le côté gauche.

Le 22, le malade a dormi pendant une grande partie de la matinée. La nuit, le pouls bat 84 fois par minute: à l'auscultation la respiration paraît toujours un peu plus faible à gauche qu'à droite, du râle muqueux existe en quelques points, mais le thorax est également sonore. La langue est naturelle, la soif peu vive, il y a un peu d'appétit. On accorde des alimens. A la visite du soir, le malade est endormi, la respiration est à 48; chaleur de la peau halitueuse; pouls à 92. Lait et bouillons.

Le 23, la peau est fraîche, la toux humide, les crachats sont muqueux, peu abondans, la poitrine est également sonore. L'expension est toujours un peu moins franche à droite qu'à gauche. On augmente la quantité des alimens.

Cet enfant quitte l'hôpital le 27 entièrement guéri.

Dans ce cas, le traitement antiphlogistique, employé avec une certaine énergie, a été suivi d'une amélioration prompte, et, nous devons le dire, d'une guérison rapide. Il en est souvent ainsi, lorsque les malades arrivent à l'hôpital à une époque voisine du début, et lorsqu'ils ne sont pas débilités par des maladies antérieures. L'enfant qui fait le sujet de cette observation était, sous ce rapport, placé dans des conditions très-favorables. Il était tout-à-fait bien portant au moment de l'invasion, et il fut transporté à l'hôpital quatre jours après le début de la pneumonie. Quoique cette affection fût grave, quoique l'un des poumons fût hépatisé en partie au second degré, comme l'apprenaient les signes stéthoscopiques, la maladie céda très-promptement à un traitement antiphlogistique convenablement administré. Dans l'observation qui va suivre, la même méthode de traitement a complètement échoué. Mais dans ce cas, la maladie fut marquée à son début par des symptômes cérébraux, qui en rendirent le diagnostic obscur. Les médecins qui donnèrent des soins au malade, ne songeant qu'à combattre les accidens qui se manifestaient du côté du cerveau, perdirent de vue la phlegmasie de poitrine, qui était l'affection principale. La maladie marcha, elle envahit les deux poumons, et lorsque cet enfant fut soumis à notre observation il était presque entièrement au dessus des ressources de l'art. Nous ne saurions trop engager les médecins chargés de donner des soins aux enfans, à pratiquer la percussion et l'auscultation du thorax toutes les fois qu'il existe chez eux une accélération notable du pouls et de la respiration. Ces deux symptômes ont suffi dans un grand nombre de cas pour nous donner l'éveil sur des pneumonies latentes que masquaient des symptômes cérébraux ou abdominaux. Dans le cas actuel, l'accélération de la respiration suffisait pour éloigner l'idée d'une affection idiopathique du cerveau. Car lorsque la respiration se trouble dans les maladies de l'encéphale, elle devient plutôt lente qu'accélérée.

Pneumonie masquée par des symptômes cérébraux; insuccès des emissions sanguines pratiquées aux apophyses mastoïdes et à l'anus; mort; hépatisation partielle des deux poumons.

Un enfant trouvé, âgé de 27 mois, blond, lymphatique, d'un embonpoint considérable, avait toujours joui d'une bonne santé; il n'avait éprouvé d'autres signes de malaise qu'une toux légère qui revenait par intervalles.

Le 10 mai dernier, sans cause connue, il fut pris de fièvre, de dyspnée et de vomissemens; sa toux s'exaspéra. Ces symptômes persistèrent pendant deux jours; on fit une application de 6 sangsues à l'anus.

Le quatrième jour il survint du délire pendant la nuit; des sangsues furent appliquées derrière les oreilles; les jours suivans il se manifesta de l'assoupissement, qui persista jusqu'au 17 mai, jour de son entrée à l'hôpital.

Examiné à la visite du matin, il nous offrit les symptômes suivans: face pâle, portant l'empreinte de la souffrance, pupilles dilatées, toux fréquente, respiration accélérée; la langue était large, humide, couverte d'un enduit blanchâtre; le ventre était souple et indolent, il existait de la constipation depuis plusieurs jours; le pouls était fréquent, régulier et dur; nous comptâmes en une minute 144 pulsations et 56 mouvemens inspiratoires. Cette accélération notable de la circulation et de la respiration, nous porta à explorer avec le plus grand

soin les organes thoraciques. La poitrine percutée rendit un son obscur en arrière inférieurement, soit à droite, soit à gauche; cependant la matité était plus prononcée du côté droit, où l'auscultation fit entendre un souffle tubaire très-marqué depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusque vers la base de la poitrine; à gauche râle sous-crépitant au niveau du lobe inférieur. Nous ne pûmes pas constater l'existence de la bronchophonie. L'oppression était considérable. Cet enfant était plongé dans la somnolence; les paupières étaient clauses; les membres n'étaient le siége d'aucun mouvement convulsif; il n'existait pas de paralysie du sentiment ni du mouvement. (Deux ventouses scarifiées en arrière; mauve; julep gommeux; cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures; lavement avec miel de mercuriale; diète.)

Le 18, le pouls est descendu à 112 pulsations, la dyspnée est moins intense, la toux est plus fréquente, plus humide que la veille, et n'est suivie d'aucune expectoration; le lavement n'a pas été rendu, le malade a uriné plusieurs fois. (Une nouvelle ventouse scarifiée sur le côté droit de la poitrine; lavement avec deux onces de miel de mercuriale; potion huileuse.)

Le soir, exaspération notable des symptômes; 140 pulsations, 72 inspirations.

Le 19, la potion huileuse et le lavement ont été pris, et n'ont amené aucune évacuation. L'assoupissement persiste. les paupières sont toujours clauses, le décubitus a lieu sur le dos; l'enfant criaille beaucoup lorsqu'on le change de position; le pouls bat 136 fois par minute; la dyspnée persiste, le ventre paraît douloureux à la pression; on entend toujours du souffle tubaire en arrière et latéralement; à droite et à gauche du râle muqueux devenant sous-crépitant à mesure qu'on se rapproche de la partie inférieure. (Quatre grains de calomel; lavement avec un gros de séné et une once de miel de mercuriale; sinapismes mitigés aux extrémités inférieures.)

Dans l'après-midi le malade reconnaît ses parens, qui viennent le visiter.

Le 20, le pouls conserve sa fréquence, il bat comme la veille 136 fois par minute : la dyspnée est intense (64 inspirations). Le malade a eu trois garderobes. La peau est sèche, brûlante. On prescrit un bain tiède et deux nouvelles ventouses scarifiées.

Le soir nouvelle exaspération; pouls à 150, 86 inspirations par minute.

Le 21, la toux persiste, elle revient par petites quintes qui sont comme étouffées; l'oppression est considérable, la respiration est abdominale; elle est toujours très-accélérée, 48 inspirations par minute. Le pouls présente toujours une grande fréquence. (Deux vésicatoires aux jambes.)

Le soir à cinq heures, 74 inspirations; pouls petit, filiforme, à 144; yeux fixes, ternes, quelques mouvemens carphologiques des mains, râle trachéal; mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre 12 heures après la mort.

Tête. — Le sinus longitudinal supérieur contient un caillot fibrineux, assez volumineux; les vaisseaux des méninges et de la périphérie sont notablement injectés. La cavité de l'arachnoïde contient environ trois cuillerées de sérosité. Du reste, cette membrane conserve sa transparence; elle est ferme, et n'adhère en aucun point à la surface des circonvolutions. La surface corticale est pâle, la substance blanche est fortement salée; les ventricules et les parties centrales n'offrent rien d'anormal. La consistance de la pulpe cérébrale est naturelle; la moëlle épinière ne présente aucune altération appréciable.

Poitrine. — Un mucus puriforme tapisse l'intérieur du larynx, de la trachée et des bronches, dont la muqueuse offre une légère teinte rosée. Les ganglions bronchiques contiennent de nombreux tubercules; les deux poumons sont libres, et ne présentent aucune adhérence, soit récente, soit ancienne. La cavité de la plèvre ne contient pas de liquide; les deux lobes supérieurs du poumon droit contiennent plusieurs noyaux de tissu hépatisé, du volume d'une noix ou d'une aveline. Le lobe inférieur est entièrement imperméable à l'air; il présente les deux degrés d'hépatisation rouge et grise; il se précipite au fond de l'eau. Le lobe supérieur gauche est entièrement sain; le lobe inférieur est hépatisé en rouge dans ses trois quarts postérieurs. Il existe un seul tubercule dans le lobe supérieur du poumon droit.

Abdomen. — La muqueuse gastrique présente vers le grand cul-de-sac une rougeur assez vive dans l'étendue d'une pièce de cinq francs; elle est pâle dans le reste de son étendue. Le canal intestinal n'offre pas d'altération notable. Les plaques elliptiques de Peyer sont saillantes, mais elles ne présentent pas d'injection. Les ganglions mésentériques sont sains. Tous les autres viscères contenus dans la cavité abdominale sont exempts d'altération.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de MM. Richerand et Jobert.

Ophthalmie scrofuleuse; emploi de sétons appliqués aux tempes; guérison radicale.

L'ophthalmie scrofuleuse, quoique lente dans sa marche, n'en a pas moins, quand elle est abandonnée à elle-même, souvent de fort tristes résultats.

Outre les caractères locaux particuliers, le diagnostic en est facilité par l'examen de la constitution du malade; la blancheur de la peau, la largeur de la face, surtout vers la région maxillaire, la tuméfaction de la lèvre supérieure, l'engorgement des glandes du cou, etc., servent d'ailleurs souvent à confirmer l'opinion du praticien.

Quoi qu'il en soit, on a observé que la nuque, le derrière des oreilles et les tempes sont, de toutes les parties de la tête, celles qui semblent se lier par de plus étroites sympathies avec les yeux. Aussi, parmi les meilleurs secours externes, dans les cas d'ophthalmie scrofuleuse, bien des médecins ont-ils rangé (après avoir excité les évacuations alvines) le séton à la nuque et aux tempes, dont l'effet est de suspendre les progrès de l'affection morbifique des yeux, et de la transporter au lieu de la fluxion artificielle.

Cette méthode, employée avec discernement, a réussi chez plusieurs malades couchés dans le service chirurgical de l'hôpital Saint-Louis, et notam-

ment chez un jeune homme qui occupait le n° 25 de la Salle Saint-Augustin.

Ce malade, âgé de 22 ans, d'une constitution scrofuleuse, entra, il y a trois semaines, pour une ophthalmie symptomatique. Souffrant depuis plusieurs mois, il avait employé, en ville, tous les moyens ordinaires, et notamment un séton à la nuque, sans en avoir obtenu aucune amélioration.

La lumière lui était insupportable; il éprouvait les plus vives douleurs dans l'œil; il avait de la fièvre, de l'insomnie.

Les yeux et les paupières étaient affectés à la fois.

M. Jobert, bien persuadé que le séton était le remède le plus efficace dans ce cas, s'arma d'un bistouri ordinaire, fit un pli longitudinal aux tégumens des parties latérales de la tête, et après avoir confié à un aide l'extrémité supérieure de ce pli, tandis que lui-même assujétissait l'extrémité inférieure avec la main gauche, il traversa de part en part le pli fait à la peau, baissa un peu le manche du bistouri, afin que la plaie fût aussi large vers sa sortie que vers son entrée, puis retira l'instrument sans lâcher le pli de la peau, traversa la plaie avec l'aiguille, et y glissa le séton qu'elle entraînait après elle.

Ce séton fut d'abord enduit de cérat pour calmer l'irritation trop vive; on y substitua plus tard une pommade épispastique, la plaie ne fournissant plus une suffisante quantité de pus.

M. Jobert reconnut, peu de jours après l'application des sétons, qu'il avait atteint le but qu'il se proposait.

Non-seulement la fièvre avait tout-à-fait cédé, mais le malade ne se plaignait plus ni de chaleur ardente, ni de douleur aiguë et piquante aux yeux, et le calme était revenu chez lui aussi bien que l'appétit. Il put bientôt ouvrir les yeux sans être blessé par la lumière, et la matière muqueuse qui en découle ordinairement et qui soulage, remplaça en peu de temps la suppuration âcre et fétide qui les enflammait quinze jours auparavant.

Un érysipèle qui se déclara vers la face contraria un peu la guérison; il fut combattu par des antiphlogistiques, des purgatifs drastiques, les organes destinés à les récevoir étant, chez ce malade, exempts de toute inflammation.

Ce jeune homme est donc sorti de l'hôpital parfaitement guéri, après un traitement de trois semaines.

Nous devons ajouter ici que cette méthode a eu le même succès chez plusieurs autres malades couchés dans le même service, et notamment chez une femme de la salle Saint-Augustin, qui va sortir également guérie, après un mois de traitement.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de MM. Richerand et Jobert.

Violente contusion du gros orteil; gangrène; extirpation de la dernière phalange; conservation des parties molles; guérison.

Un malade couché au n° 40 de la salle Saint-Augustin nous a offert un cas de gangrène par suite d'une contusion, qu'il est assez rare de rencontrer.

C'est un homme âgé de 53 ans, d'une taille élevée, d'une bonne constitution.

Il passait sur le Pont-Neuf le 7 mai dernier, ses crochets chargés d'un lourd fardeau (il est commissionnaire), lorsqu'un bourgeois, grand, fort, qui le précédait, venant à faire un faux pas, voulut reprendre son équilibre à l'aide d'une vive contraction, ramena promptement son pied écarté de l'axe du corps, et vint le placer sur le pied droit du malade.

Il ressentit à cet instant une vive douleur qui le contraignit à s'arrêter, eut beaucoup de peine à terminer sa course, et rentra chez lui se mettre au lit. Il y resta quatre jours en proie à de si vives douleurs, qu'il se détermina à se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis.

Reçu et couché à la salle Saint-Augustin, à son entrée : il éprouvait beaucoup de douleur; la tension locale, la tuméfaction considérable qui s'étendait au pied, l'insomnie, la fièvre et enfin une exaltation générale accompagnaient ces symptômes. L'interne de garde qui le visita remplit les premières indications en détruisant les étranglemens au moyen de quelques incisions, une à la partie interne et deux au côté externe du gros orteil, et les seconda d'une application de 30 sangsues.

Les symptômes inflammatoires tombèrent assez rapidement; mais bientôt l'abattement subit des forces, l'accablement qui succéda aux douleurs les plus vives, la flaccidité, la couleur livide de la plaie, l'odeur fétide qui s'en exhalait, annonçaient que la mortification était complète.

M. Jobert enraya les progrès de cette gangrène par cause externe, à l'aide des toniques, des fortifians, et chercha à ranimer les forces vitales dans la partie lésée avec des applications stimulantes et le chlorure de sodium. Ces moyens eurent un plein succès.

On vit bien, il est vrai, la fièvre revenir, un groupe de symptômes inflammatoires se manifester de nouveau, mais il était très-différent de celui qui avait précédé la gangrène.

Ainsi, suivant le dire du malade, les douleurs furent bien plus légères, la peau, de livide qu'elle était, devint d'un rouge plus vif; un cercle inflammatoire se forma autour de la partie morte, et annonça la séparation de la partie vivante. Bientôt un interstice se forma autour d'elle, et au fond de cet interstice on aperçut un pus de bonne nature. Les lambeaux de l'escarre se détachèrent, tombèrent, et firent place à une surface vermeille et recouverte de bourgeons charnus.

Ce fut alors un ulcère simple qui tendit à se cicatriser.

Le 19 mai, M. Jobert remarquant que la marche de la cicatrisation était entravée par quelque cause qui n'avait pu être bien reconnue à l'entrée du malade, à cause de la tuméfaction et du boursoufflement des parties, explora attentivement la plaie à l'aide d'une sonde cannelée, et s'étant assuré que la dernière phalange était nécrosée, désarticulée, il l'extirpa avec une pince à anneaux, et, au moyen d'un léger débridement, évacua toute la suppuration.

Les bords de la plaie furent rapprochés, réunis et maintenus à l'aide de petites bandelettes.

Aujourd'hui, après cinq semaines de traitement, ce malade sort entièrement guéri, privé d'une seule

phalange, mais conservant toutes les parties molles d'un orteil presque indispensable à la progression. Cet homme marche avec assez de facilité.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Violent coup de pied de cheval; dilacération de toute la face dorsale de la main droite; désarticulation de l'auriculaire; guérison.

Nous croyons devoir rapprocher ce fait de celui qui précède. Un malade couché au n° 45 de la salle Sainte-Marthe, âgé de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une robuste constitution (tonnelier de son état), fut grièvement blessé le huit avril dernier par un cheval appartenant à son maître. Il avait la main droite appuyée sur la porte de l'écurie lorsque le cheval lui lança un vigoureux coup de pied qui rasa le visage, et vint frapper la face dorsale de la main.

Il en résulta une large solution de continuité, dont les bords étaient frangés, inégaux et renversés, et qui occupait presque toute la face dorsale de la main; les tendons des extenseurs étaient à nu.

L'inflammation et la tuméfaction étaient considérables, surtout vers l'auriculaire, et telles que le chirurgien ne put pas, au premier abord, juger si l'articulation métacarpo-phalangienne de ce doigt était ouverte, et qu'il jugea prudent de ne rien entreprendre avant que ces accidens ne fussent tombés. Ils cédèrent facilement aux antiphlogistiques, aux topiques anodins, émolliens et à quelques autres moyens généraux.

Le lundi 10 avril, M. Dupuytren ayant observé que la face palmaire était intacte, résolut non d'amputer la main, mais d'achever la désarticulation de l'auriculaire qui avait été commencée par suite du coup de pied de cheval, et de réunir.

Le bistouri attaqua le côté externe, contourna l'articulation et vint sortir à la partie interne du doigt, le cinquième métacarpien ayant paru sain.

On rapprocha les uns des autres les lambeaux des tégumens et des muscles, on les régularisa en coupant les parties qui dépassaient de beaucoup les autres, ou qui ne tenaient que par un pédicule extrêmement étroit.

La plaie fut nettoyée du sang dont elle était souillée, et les bords tenus en contact à l'aide de bandelettes. Des plumasseaux de charpie fine furent appliqués de manière à n'exercer qu'une légère pression et l'on prévint par les saignées, par l'administration de boissons délayantes, de potions antispasmodiques, les accidens inflammatoires et nerveux.

Une diète rigoureuse fut observée les premiers jours; la suppuration s'établit après un laps de temps assez court, et malgré le délabrement horrible qui existait, la maladie a été conduite à une heureuse terminaison.

Ce malade conserve une légère flexion du médius et de l'annulaire, mais il dit qu'il n'en souffrira aucunement pour son état.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Leçon de M. Andral sur la migraine (perversions de la sensibilité).

(Suite et fin du numéro 83, tome 7.)

La seconde série des symptômes accidentels se rapporte à l'estomac : c'est surtout le vomissement qui peut survenir au début, pendant l'accès ou à la fin. Ce symptôme n'est, du reste, pas constant, et ne saurait être regardé comme le point de départ de la migraine; c'est plutôt la suite d'un trouble nerveux, comme dans le mal de mer. Cependant il modère et interrompt même l'accès, et, sous ce rapport, on peut en tirer des inductions pratiques importantes.

Les troubles de la circulation constituent un autre groupe de complications accidentelles. En général, le pouls est fréquent, plein et développé; mais, chose remarquable, dès que le vomissement survient, il perd rapidement de sa célérité et de sa plénitude. Viennent ensuite les troubles de la circulation capillaire; congestions dans les parties affectées et dans les cas violens, ecchymoses, ruptures des petits vaisseaux, coloration bleue de la peau, comme dans le choléra algide.

Quelque étranges que paraissent ces symptômes, ils ne sont dûs qu'au trouble nerveux, et ce fait n'est pas sans application. Supposez, par exemple, que cette action capillaire ait lieu sur la membrane muqueuse de l'estomac; que de phénomènes vous expliquerez sans avoir recours à la doctrine de l'inflammation! Les sécrétions peuvent ainsi être troublées; ainsi, une profusion de larmes brûlantes, une éjection extraordinaire de salive, des exsudations séreuses qui rendent œdémateuses les parties affectées; la bile peut être absorbée et donner lieu à un ictère subit.

L'accès peut se terminer par un profond sommeil; la douleur cesse, et le malade est bien à son réveil. D'autres fois c'est par des évacuations, vomissemens, diarrhées, sueurs générales ou locales. J'ai vu un homme dont les accès de migraine finissaient constamment par une diaphorèse copieuse seulement sur la peau des deux avant-bras. Une hémorragie nasale termine quelquefois l'accès. Je connais une dame de quarante-huit ans, sujette depuis 9 ans à une migraine dont les accès se terminent par un tel écoulement de fluide muqueux par le nez, qu'elle mouille une demi-douzaine de mouchoirs. Tissot rapporte des cas analogues.

La durée de l'accès est indéterminée; quelquefois il se borne à deux heures, souvent il s'étend à 36, et Tissot cite un cas où il s'est prolongé jusqu'à 60 ou 70 heures. Sous le rapport de la fréquence et du mode, il y a souvent régularité parfaite, mais plus souvent irrégularité, et l'intervalle des accès est très-rarement moindre que quatre heures. On l'a vu revenir tous les jours pendant trois ans, et manquer totalement pendant sept ans. Doit-on ajouter foi au cas que l'on rapporte d'une femme qui, pendant cinq ans, éprouva toutes les heures un accès de quinze minutes?

Diagnostic. — Les névralgies et quelques affections organiques locales peuvent être confondues avec la migraine. M. Piorry pense que la migraine n'est autre chose qu'une névralgie, et appuie son

opinion sur les causes et les symptômes de cette affection :

1° Exercice forcé des yeux par l'étude ; 2° besoin pressant, pendant l'accès, de repos pour ces organes; 3° début de la douleur par les yeux dans la grande majorité des cas; 4° rougeur fréquente des parties extérieures de ces organes; 5° occurrence sympathique des vomissemens, symptôme si étroitement lié aux opérations faites sur l'œil, et spécialement sur l'iris; tels sont les faits qui portent ce médecin à croire que la migraine est en réalité une névralgie de l'iris et des nerfs de l'orbite. Cette théorie est sans doute ingénieuse, et repose sur des faits vrais jusqu'à un certain point. Néanmoins, dans le mémoire de l'auteur, on trouve indiqués, comme cas de migraine, des faits qui n'appartiennent certainement pas à cette affection, et qui ne sont autre chose que des névralgies ophthalmiques.

Notre conclusion est donc qu'il y a des névralgies qui ne sont pas des migraines et des migraines qui ne sont pas des névralgies, à proprement parler. C'est tout ce que nous savons ; nous ne pouvons encore indiquer les nerfs qui sont le siége spécial de cette maladie. Si jamais on y parvient, la migraine sera classée comme une névralgie spécifique et en portera le nom.

Traitement. — On doit le considérer sous deux points de vue, pendant la durée et dans l'intervalle des accès. Pendant l'accès il est assez simple : repos complet, obscurité ; les lotions froides sur le front, l'évaporation de l'éther procurent beaucoup de soulagement : pédiluves, si la douleur est très-intense et la congestion évidente, saignées et sangsues aux tempes. Le malade doit en même temps se priver de toute nourriture ou de boisson excitante, de liqueurs, de café, etc. Mais à côté de ce fait, il est important de savoir que quelques personnes préviennent un accès de migraine en faisant un bon repas, et mettant ainsi la digestion en activité dès que se montrent les symptômes précurseurs. Ce fait est curieux et instructif ; un morceau de pain sec, mangé en temps convenable, a suffi pour prévenir un accès. MM. Piorry et Trousseau attribuent un grand effet aux narcotiques, et surtout à la belladone. Ils recommandent l'application, sur les parties douloureuses, d'un liniment composé d'axonge et d'un scrupule d'extrait de belladone, dissous dans l'eau. Je n'ai pas eu l'occasion d'en faire l'essai, mais je serais porté à croire ce moyen avantageux.

Dans l'intervalle des accès, on doit rechercher les causes qui les provoquent et agir en conséquence. Dans quelques cas fort simples un changement de régime a suffi. Ainsi, Linné se guérit lui-même de la migraine en changeant sa vie sédentaire en une vie plus active, en se promenant environ deux heures par jour, et buvant souvent des verres d'eau froide. Si le système nerveux est très-excité, il faut avoir recours aux calmans. Si les fonctions du tube digestif sont dérangées, on ne peut suivre un traitement uniforme ; quand il y a des symptômes de gastrite, il faut les combattre; s'il y a un simple trouble de l'estomac, qui se lie à l'état de la muqueuse, les purgatifs peuvent être utiles ; enfin, si l'affection de ce viscère est nerveuse (gastralgie), les antiphlogistiques pourraient l'exaspérer.

Il faut ne pas oublier de distinguer ces variétés, la dernière surtout; il serait absurde de regarder tous les symptômes gastriques comme inflammatoires. Y a-t-il gastrite, quand la douleur vive que le malade éprouve dans l'estomac est soulagée par un bon repas? On doit aussi tenir compte de l'état de la circulation ; la migraine se lie quelquefois à des palpitations, et les accès reviennent dès qu'elles augmentent. La cause peut résider dans le cœur lui-même (plethore), ou tenir à un état opposé (anémie), comme chez les malades qui ont éprouvé une grande perte de sang ou tout autre évacuation excessive; les saignées locales et générales ou les toniques et les irritans conviennent à ces cas divers. Quelquefois encore la migraine survient après la suppression d'une sueur abondante des pieds, de l'aisselle, des mains, etc ; on doit alors s'efforcer de rappeller ces sécrétions. Un malade, qui en fut affecté à la suite de la suppression d'une sueur des pieds, eut l'idée de se frotter souvent les pieds, et de les envelopper d'un cataplasme le soir en se couchant ; la sécrétion se rétablit et la migraine se dissipa. Le flux menstruel enfin peut encore, par son excès ou sa suppression, donner naissance à cette affection, et alors il faut employer des moyens appropriés.

On peut, du reste, consulter avec fruit l'excellente nosographie de Tissot sur la migraine, le mémoire de M. Piorry, et enfin un travail récent de M. Pelletan fils.

LANCETTE DU 11. N° 86.

CONSULTATION PUBLIQUE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Plaie par déchirure; anévrisme faux consécutif; abondantes hémorragies ; emploi du cautère actuel; guérison.

Un enfant âgé de 4 ans, appartenant à un cultivateur, a été présenté à une des dernières consultations. Il était adressé par un chirurgien des environs de Paris.

Cet enfant jouait avec quelques petits garçons de son âge, lorsqu'il tomba et rencontra dans sa chute un fragment de faïence qui lui fit une plaie contuse à la paume de la main droite. Il paraît que l'arcade palmaire profonde ou une de ses branches fut lésée, car il s'écoula une assez forte quantité de sang.

Conduit immédiatement chez le chirurgien de l'endroit, celui-ci arrêta l'hémorragie à l'aide de quelques immersions d'eau très-froide, et réunit par première intention.

Soit que le bandage compressif qu'il appliqua ait empêché l'hémorragie de se renouveler en premier lieu, ou plus probablement par la formation d'un caillot, l'enfant alla assez bien pendant douze jours. La blessure faite par le corps étranger avait disparu, et tout semblait rentré dans l'état naturel ; lorsqu'il fut représenté ayant au milieu de la paume de la main un anévrisme faux consécutif. Le sang s'était échappé, avait fusé peu à peu entre les mailles du tissu cellulaire qu'il avait dilatées, et formé à leurs dépens cette espèce de sac, de kyste dans lequel il était contenu.

Cette tumeur, qui pouvait avoir le volume d'une cérise, s'était ouverte par suite des efforts, des mouvemens qu'avait faits l'enfant, et elle avait donné issue à une assez forte quantité de sang.

Elle était molle, avait une apparence comme fongueuse, et offrait des battemens absolument isochrônes à ceux du cœur.

Les hémorragies s'étant renouvelées, le chirurgien rechercha les moyens qui pouvaient mettre cet enfant à l'abri des graves accidens auxquels il était exposé.

Après s'être assuré que l'hémorragie était suspendue par la compression des deux artères de l'avant-bras, il en vint à conclure que la ligature de ces deux vaisseaux était indispensable pour sauver la vie à cet enfant.

Il voulut, avant de pratiquer cette opération assez délicate et assez grave par ses conséquences, que les parens présentassent leur enfant à l'Hôtel-Dieu.

Un tourniquet et d'autres appareils de compression furent appliqués sur l'avant-bras et sur la main, jusqu'au moment où il put être conduit à Paris.

La présence des appareils devenant insupportables, on tamponna la plaie avec de la charpie, des compresses multipliées, tout fut inutile; plusieurs fois on renouvela l'appareil; autant de fois l'écoulement se montra,

Enfin, lorsque l'enfant fut apporté à la clinique, sa main et l'appareil qui la recouvrait étaient baignés de sang. Il était pâle, très-affaibli, etc.

M. Dupuytren, après avoir examiné attentivement la plaie, jugeant que la branche divisée était inaccessible à la ligature, et voyant que la compression n'avait amené aucun résultat, appliqua promptement un cautère rougi à blanc sur la petite tumeur, le retira presqu'aussitôt pour prévenir l'adhérence de l'escarre à l'instrument, ce qui eût procuré le retour de l'effusion du sang; et ayant cru utile une seconde application du cautère, il l'apposa de nouveau, afin de déterminer une croûte plus épaisse, et par conséquent plus capable de résister aux efforts du sang.

L'enfant oublia ses douleurs aussitôt qu'il vit que son sang ne coulait plus.

Ramené chez ses parens, on avait recommandé de le conduire de nouveau s'il éprouvait encore quelque accident. Douze jours se sont écoulés depuis la cautérisation; il n'a pas été représenté.

Kyste stéatomateux développé dans l'épaisseur du prépuce; opération par enucléation; guérison.

A la consultation de la veille, il s'était présenté un jeune homme d'un vingtaine d'années, d'un tempérament lymphatique, d'un assez bonne constitution.

Il portait une tumeur du volume d'un gros pois, développé dans l'épaisseur du prépuce, entre les tuniques muqueuse et cutanée. Le malade ne rapportait pas de cause spéciale au développement de la tumeur.

Une incision permit de l'énucléer, et alors on put voir que les surfaces interne et externe de ce kyste étaient recouvertes par une matière d'un gris blanchâtre, formée par la réunion de petites granulations placées les unes à côté des autres.

La matière contenue a pu être enlevée en masse; elle était recouverte d'une couche blanche, grasse, ayant l'odeur de l'humeur sébacée que fournissent les follicules du gland.

Au dessous de cette couche, on trouvait une matière jaune, formant la totalité de la tumeur. Une cautérisation avec le nitrate d'argent, un pansement simple avec de la charpie fine, ont suffi pour amener une entière guérison.

LANCETTE DU 13. N° 87.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Observations sur l'emploi des préparations antimoniales dans le traitement de la pneumonie.

Première observation. Pleuro-pneumonie gauche; emploi de l'oxide blanc d'antimoine précédé d'une seule émission sanguine; guérison en onze jours.

Eugénie L., âgée de 11 ans, d'une constitution lympathique, d'une santé habituellement bonne, rentre chez elle, le corps, couvert de sueur, à la suite d'une longue course, et se refroidit subitement. Dans la journée même (9 mars), elle est prise de toux, de douleur de côté et de céphalalgie; on la transporte à l'hôpital, où le lendemain, 10, à la visite du matin, elle offre l'état suivant : céphalalgie intense, coloration vive des pommettes, décubitus sur le côté gauche; toux fréquente suivie d'une expectoration de crachats jaunâtres, visqueux, demi-transparens; douleur vive que la malade rapporte à l'hypocondre gauche, augmentant par la toux et les fortes inspirations. L'auscultation fait entendre en arrière, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine, un râle crépitant fin et sec; le son est obscur dans la partie qui est le siége du râle; la respiration est pure à droite et en avant des deux côtés. Il n'existe pas d'égophonie; la peau est chaude et halitueuse, le pouls est dur, il bat 120 fois par minute; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre; la soif est assez vive, l'anorexie est complète; la région épisgastrique est un peu douloureuse à la pression, le reste du ventre est souple et indolent: il n'y a pas eu d'évacuations depuis deux jours. (Saignée de deux palettes; mauve édulcorée avec du sirop de gomme; looch avec addition de 15 grains d'oxide blanc d'antimoine; lavement émollient; diète.)

La veine n'ayant fourni qu'une très-petite quantité de sang, on appliqua dans la soirée 10 sangsues au-dessous du sein gauche.

Le 11, la douleur de côté est moins vive que la veille, la dyspnée moins intense; la céphalalgie a diminué. Le pouls bat 116 fois par minute. Pas de nausées, de vomissemens, ni de diarrhée; la langue n'offre pas de changement. Le lavement a été rendu sans matières excrémentitielles. (Looch, avec oxide blanc d'antimoine, 20 grains.)

Le 12, le pouls est descendu à 110, la dyspnée diminue ainsi que la douleur de côté; la toux est toujours fréquente; cependant le râle crépitant se fait entendre dans une moindre étendue. (Oxidé blanc d'antimoine, 50 grains.)

Le 13, la douleur pleurétique a complètement disparu, une selle naturelle. (Oxide blanc d'antimoine, 1 gros.)

Le 14, le râle crépitant a été remplacé en quelques points par du souffle bronchique; l'auscultation de la voix fait entendre une légère bronchophonie; du reste pas d'égophonie; le son est toujours obs-

cur; pouls à 100 pulsations; toux fréquente, expectoration purement catarrale. (Oxide blanc d'antimoine, 90 grains; lait, bouillons.)

Le 16, le souffle bronchique existe toujours au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate; on entend dans les parties environnantes un râle crépitant à grosses bulles; le pouls bat 104 fois par minute; pas de nausées, de vomissemens, ni de diarrhée; intégrité des voies digestives. (Oxide blanc d'antimoine, 1 gros et demi; 2 bouillons.)

Le 18, la respiration s'entend dans tout le côté gauche de la poitrine; il n'existe plus ni bronchophonie, ni souffle tubaire, ni râle crépitant; la toux a notablement diminué de fréquence; le pouls bat 84 fois par minute. On accorde un potage, on diminue la dose de l'oxide blanc d'antimoine. La veille, la malade en avait pris 90 grains, aujourd'hui 18 seulement.

Le 19 et le 20 on augmente la dose des alimens.

Le 21, la guérison est complète, on accorde la sortie.

Cette malade était placée dans des conditions favorables à l'action des agens thérapeutiques. Elle était tout-à-fait bien portante au moment de l'invasion; elle fut transportée le jour même du début à l'hôpital. La pleuro-pneumonie dont elle était atteinte s'était développée sous l'influence de causes atmosphériques, et elle marcha exempte de toute complication. Le traitement antiphlogistique fut peu actif. L'oxide blanc d'antimoine, qui fut administré dès le début, ne *jugula* pas la maladie, puisqu'elle continua à marcher, et que la phlegmasie pulmonaire passa en quelques points du premier au second degré; mais on ne peut douter que cette médication n'ait eu une heureuse influence sur sa terminaison. Son ingestion dans les voies digestives n'a été suivie d'aucun accident. Il n'est survenu aucun trouble des fonctions gastro-intestinales pendant le cours de son administration. La convalescence n'a pas été de longue durée. La malade a été rendue à la santé dans un espace de temps assez court.

Deuxième observation. Pleuro-pneumonie double; deux petites saignées et kermès à haute dose dès le début; douleur épigastrique, rougeur de la langue, suppression du kermès, administration de l'oxide blanc d'antimoine; guérison complète en 14 jours.

Elisabeth B..., âgée de 12 ans, d'une assez forte constitution, était bien portante le 6 février, lorsqu'elle entra dans une chambre fortement chauffée par un poêle; elle fut saisie par le froid à sa sortie, et prise au milieu de la rue d'un frisson violent accompagné de céphalalgie et de douleurs dans les cuisses. A ces symptômes se joignirent bientôt de la toux et une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, augmentant par les mouvemens d'inspiration; elle s'alita et prit des boissons adoucissantes. Mais la maladie fit des progrès; ses parens la firent transporter à l'hôpital dans la journée du 7.

Le 8, elle était dans l'état suivant: décubitus dorsal, face rouge, anémie, dyspnée intense, toux avec expectoration de crachats rouillés, visqueux, adhérens au fond du vase; douleur vive du côté gauche de la poitrine, augmentant par la percussion et par la toux; en arrière, râle crépitant et souffle bronchique au niveau du lobe inférieur gauche; mêmes phénomènes au sommet du poumon droit. Son obscur, surtout à gauche; langue rouge à la pointe, et couverte à son centre d'un enduit blanchâtre; soif vive, anorexie, ventre indolent, pas de selles depuis l'invasion, peau chaude, pouls à 140. (Saignée de deux palettes, looch avec 6 grains de kermès, mauve édulcorée, diète.)

Le caillot de sang tiré de la veine est recouvert d'une couenne épaisse, blanchâtre; ses bords sont relevés en forme de champignon; il nage au milieu d'une sérosité assez abondante.

Le 9 pas de changement. (Une nouvelle saignée d'une palette; 8 grains de kermès.)

Le 10, la douleur de côté est toujours très-vive, les crachats offrent toujours la teinte rouillée, la toux persiste avec une égale fréquence, la fièvre est intense, pouls à 140. Matité et souffle bronchique à gauche, toujours quelques bulles de râle crépitant à droite. Soif vive, langue rouge, tendant à se sécher; nausées, douleur épigastrique. Pas d'évacuations alvines. On supprime le kermès, qu'on remplace par 20 grains d'oxide blanc d'antimoine. Dix sangsues sont appliquées à l'épigastre.

Le 11, le pouls descend à 108 pulsations; la peau se couvre d'une douce moiteur, la toux est moins douloureuse, l'expectoration moins abondante. Trente grains d'oxide blanc d'antimoine.

Le 12, l'amélioration se soutient. 30 grains d'oxide blanc d'antimoine.

Le 13, le pouls ne bat plus que 100 fois par minute; la douleur de côté a disparu; les crachats sont ceux d'un simple catarrhe; l'expansion pulmonaire se fait à droite, le râle crépitant a remplacé le souffle bronchique à gauche, le son est toujours obscur. La langue est humide, couverte à son centre d'un enduit blanchâtre, la coloration vive de son limbe a diminué. Oxide d'antimoine 20 grains, lait coupé.

Le 14, on supprime l'oxide d'antimoine; on accorde des bouillons.

Le 16, la respiration s'entend partout, pouls à 88. Bouillons, potages.

On augmente graduellement la dose des alimens, et la malade sort de l'hôpital, entièrement guérie le 23.

Dans ce cas, la phlegmasie occupait une plus grande étendue du parenchyme pulmonaire. Du reste, sous le rapport des circonstances qui ont précédé et accompagné l'invasion, cette malade offre beaucoup d'analogie avec la précédente. Chez l'une et l'autre, emploi des émissions sanguines et des préparations antimoniales au début. Chez celle qui fait le sujet de cette observation, le kermès fut administré à la dose de 6 et 8 grains. Sous l'influence de cette médication, la langue rougit et perdit son humidité, la soif devint plus vive, le ventricule donna des signes évidens de phlogose. On cessa l'usage du kermès que l'on remplaça par l'oxide blanc d'antimoine, après avoir toutefois combattu la douleur épigastrique par une application de sangsues. Sous l'influence de cette nouvelle médication, l'état des voies digestives s'améliora, les symptômes généraux diminuèrent d'intensité, et la phlegmasie pulmonaire marcha vers la résolution, qui fut complète au douzième jour de l'invasion.

Troisième observation. Pleuro-pneumonie gauche; entrée à l'hôpital le sixième jour de l'invasion; saignée et vomitif, puis kermès à haute dose; guérison au bout de quatorze jours.

Honorine B..., lingère, âgée de 14 ans, entra à

l'hôpital le 20 janvier, accusant six jours de maladie. Elle fut prise le 20 janvier, sans cause connue, de toux et de vomissemens, qui se renouvelèrent après l'ingestion des alimens. Les jours suivans il survint de la fièvre et de l'anorexie.

Le 27 janvier, à la visite du matin, toux sèche, douleur vague de tout le côté gauche de la poitrine, augmentant par les secousses de la toux, expectoration nulle, peau chaude, sèche; pouls à 96, son mat et respiration bronchique à gauche postérieurement et latéralement. Quelques bulles de râle crépitant au-dessus du creux de l'aisselle. Langue large, humide, couverte d'un enduit blanchâtre très-épais, bouche pâteuse, céphalalgie sus-orbitaire, pas de douleur épigastrique, nausées, constipation. Mauve édulcorée, julep gommeux, saignée de deux palettes, 2 grains de tartre stibié; diète. La malade a vomi, après l'ingestion du tartre stibié, des matières verdâtres, amères, en assez grande quantité. Le sang tiré de la veine n'est pas couenneux.

Le 28, le pouls est à 92. La toux est moins sèche, la malade a rendu quelques crachats muqueux, opaques, incolores; la douleur de côté est moins sensible. Saignée d'une palette, looch avec 2 grains de kermès.

Le 29, la malade dit éprouver une amélioration sensible. La dyspnée est peu marquée. L'expectoration est facile et simplement catarrale. Le pouls a diminué de fréquence. Cependant le souffle bronchique persiste, mais on l'entend dans une moindre étendue. Le son est toujours mat. La langue se nettoie; le ventre est indolent, constipation. Looch avec kermès, 6 grains.

Le 30, l'amélioration se soutient, la respiration bronchique est mêlée de râle crépitant à grosses bulles, le son est moins mat; la douleur de côté est entièrement dissipée; la malade a dormi une partie de la nuit; la toux est moins fréquente. Le pouls est à 88; la constipation persiste. Kermès 8 grains, lavement laxatif.

Le 31, pas de changement; même prescription.

Le 1er février, l'amélioration fait des progrès; l'appétit revient. Soupe et bouillons.

Le 5 février, jour de la sortie de cette malade, la respiration s'entend partout, elle tousse à peine. La guérison est complète.

Dans ce cas, le vomitif administré au début et indiqué par l'état saburral des premières voies, non-seulement n'a provoqué aucun accident; il a été suivi d'un amendement notable. Le lendemain de son administration, le pouls avait diminué de fréquence, la toux, qui auparavant était sèche et fatigante, s'était humectée; la langue s'était en partie détergée, la malade était assez satisfaite de son état. L'amélioration produite par cette première médication ne devait pas faire oublier l'hépatisation du poumon gauche, que révélaient les signes sthétoscopiques. Une nouvelle émission sanguine fut pratiquée. Le kermès fut administré à la dose de 2 grains d'abord, on le donna ensuite à la dose de 6 et 8 grains sans qu'il se manifestât le plus léger trouble du côté des voies digestives. Les vomissemens que la malade avait eus avant son entrée à l'hôpital, et qu'elle avait provoqués par une alimentation intempestive, ne se renouvelèrent pas. La résolution de la phlegmasie pulmonaire s'opéra d'une manière assez prompte.

LITHOTRIPSIE PAR PERCUSSION.

Suite des observations présentées à l'Institut par M. Heurteloup, à l'appui de son percuteur courbe à marteau.

Vingt-unième observation, rédigée par M. Cobb, médecin de l'hôpital de Londres, et chirurgien du malade.

M. John Lake, âgé de 60 ans, fermier, demeurant dans le comté de Kent, 45 milles de Londres, a eu jusqu'à l'automne de 1824, une santé parfaite. Voici ses propres expressions :

« En novembre 1824, j'eus plusieurs attaques de douleurs excessives vers la région des reins, avec des envies douloureuses et fréquentes d'uriner, sans pouvoir rendre plus d'une cuillerée d'urine à la fois. Ces paroxysmes furent souvent suivis de nausées et de vomissemens; ils duraient 4 ou 5 heures, et se terminaient toujours par une évacuation abondante d'urine.

» Au commencement du printemps de 1826, je consultai un chirurgien éminent de Londres, qui me sonda, et me dit qu'il n'y avait pas de pierre dans la vessie. Au moyen de médicamens qu'il me prescrivit, je fus assez tranquille pendant deux ou trois ans. Quand je montais en voiture ou à cheval, mes urines s'écoulaient malgré moi, avec douleur, et étaient de la couleur du café. Je devins de plus en plus incommodé; ces douleurs devinrent plus vives.

» Au mois de juillet, j'eus l'occasion de faire un voyage sur de mauvaises routes; à mon retour chez moi j'étais dans des souffrances horribles. J'éprouvai bientôt un désir continuel de rendre mes urines, qui étaient chargées de sang et déposaient du mucus sanguinolent. Je pouvais à peine supporter le moindre mouvement, même celui de lever les jambes de terre en marchant, ou de me lever de ma chaise et de m'y asseoir; celui d'entrer dans mon lit et d'en sortir, m'était encore plus pénible. Maintenant, par le talent et l'habileté de M. Heurteloup, je me trouve, grâces à Dieu, guéri de cette terrible maladie.»

28 mai 1833.

Le 14 février 1833, je fus consulté par M. Lake, dont les symptômes me firent croire qu'il avait une pierre dans la vessie. J'engageai M. Key à le sonder; il en trouva une qu'il jugea être plate, volumineuse et fixée à la partie droite et postérieure de la vessie. L'urètre et la prostate étaient sains. Je conseillai au malade de se faire examiner par M. le docteur Heurteloup, de se soumettre à la lithotripsie si son cas était favorable pour cette opération, que ce médecin avait pratiquée avec tant de succès, et que j'avais vue avec tant de plaisir.

J'accompagnai M. Lake chez M. Heurteloup, qui le sonda et confirma ce que M. Key avait annoncé. Il crut aussi que la pierre était retenu dans une partie de la vessie, et voulait savoir, avant de se décider à opérer, si elle pouvait être ôtée de l'endroit ou elle paraissait enclavée, sans employer la force et sans produire trop d'irritation.

M. Heurteloup sonda une seconde fois; la vessie reçut une plus grande quantité d'eau qu'à la première fois, et la pierre fut délogée.

La première opération fut faite quelques jours

après devant M. Key et moi-même. La pierre et les portions rompues furent saisies avec la plus grande rapidité quatre fois. Chaque fois il a fallu des coups de marteau très-forts pour briser le corps contenu par l'instrument; le malade cependant n'en éprouva aucune sensation pénible.

La durée de cette opération et de celles qui suivirent fut de 3 à 4 minutes. Le malade rendit dans les 24 premières heures après l'opération, une cuillerée de pierre comminuée.

La seconde opération fut faite quatre jours après. La vessie fut plus irritable, et chassa l'eau entre l'instrument et le canal; plusieurs fragmens furent pris et brisés, et le malade évacua à son retour chez lui un fragment volumineux, qui était évidemment le nucléus presque intact de sa pierre.

Deux autres opérations furent faites, dont le résultat fut le brisement rapide de plusieurs fragmens. Le malade n'en éprouva que peu de sensation pénible. Il alla chaque fois chez M. Heurteloup à pied pour être opéré, et s'en retourna de même.

Deux jours après la troisième opération je le visitai, et il m'exprima combien il était joyeux de se trouver capable de marcher avec une parfaite facilité. Il ajouta : « que c'était le jour le plus heureux de sa vie, car avant ce jour il était obligé de se traîner la tête baissée derrière tous ceux qui marchaient, mais que maintenant il les devancerait tous. »

La cinquième opération ne fut qu'un sondage, et constata la guérison du malade. Deux petits fragmens furent pris, mais ils étaient si petits qu'ils auraient été rendus naturellement par le malade, et étaient cachés tout entiers dans l'instrument.

Deux jours après cette opération exploratrice, le malade fut sondé de nouveau avec le plus grand soin par M. Heurteloup, conjointement avec M. Key et moi-même, et l'absence de tout fragment de pierre confirma ce que nous faisait présumer l'absence de tout symptôme ou sensation pénible. Le malade se trouvant en état de vaquer à ses affaires se hâta de retourner chez lui et de jouir de la société de ses amis.

Il quitta Londres le 2 avril en bonne santé et le cœur gai (*in good spirits*).

Signé : Frédéric Cobb,
Médecin de l'hôpital de Londres.

Vingt-deuxième observation, rédigée par M. Fuller, chirurgien du malade.

M. Bowden, âgé de 66 ans, un des directeurs de la banque d'Angleterre, s'était plaint depuis quelque temps de sensations qui engagèrent M. Brodie et moi-même à supposer qu'il y avait une pierre dans la vessie. Le malade fut sondé le 13 février et une pierre fut immédiatement découverte. Je lui parlai de la taille et de l'opération de M. le docteur Heurteloup, dont il pouvait faire choix pour s'en débarrasser, et il se décida sans hésiter à se soumettre à la lithotripsie. J'écrivis à cet effet à M. Heurteloup, et le 19 février fut fixé pour que le malade se rendît chez ce médecin avec moi. Il constata d'abord la présence de la pierre avec la sonde, et introduisit ensuite le percuteur avec lequel il saisit et brisa immédiatement la pierre. L'opération fut faite avec beaucoup de facilité, et sans que le malade parût éprouver de la douleur; elle ne dura que deux à trois minutes. M. Bowden s'en retourna chez lui dans sa voiture et rendit une quantité considérable de fragmens. La pierre était composée d'acide urique. Dans la matinée du lendemain, un fragment s'est engagé dans l'urètre de manière à le boucher presque complètement. M. Heurteloup en fit l'extraction et le malade se trouva soulagé. Le malade eut une paralysie incomplète de la vessie à peu près au même moment, mais qui ne dura cependant que peu de temps, et fut entièrement guérie lorsque la pierre fut extraite. Cinq autres applications furent nécessaires pour faire sortir la pierre, qui, d'après la quantité de fragmens recueillis, devait peser près d'une once. Pendant tout le traitement, le malade souffrit peu ou même pas du tout, et est maintenant en bonne santé.

Signé : M. P. Fuller, chirurgien.

(La suite à un prochain numéro.)

LANCETTE DU 18. N° 89.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Service de M. Bérard jeune.

Clinique des maladies des yeux, par M. Sichel.

Diagnostic et opérations de la cataracte.

(Suite du numéro 83, tome 7.)

Réflexions générales.

Dans les trois observations précédentes, nous avons donné la description de quelques cataractes et des opérations qui en ont amené la guérison complète et radicale. Précédées de quelques exemples, les réflexions générales qui vont suivre seront, nous l'espérons, beaucoup mieux comprises; on les reconnaîtra pour être basées sur des faits, et non pas, comme cela se voit si souvent, inventées dans le cabinet. Ce n'est d'ailleurs que quelques détails pratiques que nous désirons donner pour éclairer et compléter en quelque chose l'histoire de l'opération si importante de la cataracte. Tout ce que nous dirons du diagnostic doit se rattacher à l'opération, et prouver que les distinctions des opacités du crystallin, d'après leur siége et d'après la consistance de cette lentille, ne sont ni impossibles, ni des minuties sans fruit pour la pratique, comme un grand nombre de chirurgiens semblent encore le croire. Nous ferons donc abstraction de toutes les distinctions purement scientifiques; nous ne parlerons pas non plus du diagnostic des cataractes d'avec les autres affections, diagnostic que nous tracerons dans un tableau synoptique après avoir parlé du glaucôme, etc.; et nous nous bornerons ici au diagnostic différentiel des cataractes entre elles, pour en déduire des indications pour les différentes méthodes d'opération.

Les cataractes se divisent, selon le siége de l'opacité, en lenticulaires et crystallines, en membraneuses et en capsulo-lenticulaires ou mixtes. On en admet encore une espèce, la cataracte interstitielle, ou de Morgagni. Celle-ci, comme nous allons l'exposer, ne forme qu'une sous-division.

Les cataractes lenticulaires où le cristallin seul est devenu opaque, présentent les caractères anatomiques suivans : leur couleur varie depuis le blanc clair jusqu'au bleuâtre, au gris et au verdâtre;

le blanc grisâtre en est cependant la couleur la plus ordinaire.

Quoique plus foncée au centre, la couleur est cependant assez uniformément distribuée sur toute la surface, en ce qu'il y a une progression graduée des nuances plus fortes à celles qui sont moins teintes, et en ce qu'il n'y a nulle part des stries, plaques ou points d'une teinte tout-à-fait différente de celle du reste de la surface. Ce n'est que dans des cas très-rares, et particulièrement sur des sujets très-avancés en âge, que l'on observe des exceptions à cette règle ; de petites plaques ou stries se détachent quelquefois de la portion corticale molle du cristallin, et viennent se coller contre la surface interne de la capsule antérieure; à un œil peu exercé, elles en imposent pour des stries de la surface externe de cette capsule ; mais avec un peu d'habitude on reconnaît, particulièrement en se plaçant du côté extérieur de l'œil, que ces taches, au lieu d'être élevées au-dessus de la surface de la capsule, sont placées derrière elle; il leur manque en outre le brillant que la capsule opaque présente presque toujours.

Il n'y a pas long-temps que l'anatomie pathologique m'a fait constater cette variété, que jusqu'alors j'avais bien diagnostiquée plusieurs fois, mais sans pouvoir en fournir la preuve. L'opacité dans les cataractes lenticulaires commence par le centre et se propage vers la périphérie; elles ont en général un aspect nuageux, qui se décrit difficilement; quelquefois, sans qu'il y ait de stries ou de plaques, l'opacité semble présenter en quelques points de légers nuages un peu plus foncés, mais ne changeant pas de place. Sans être terne, la couleur n'a cependant rien de resplendissant. Leur surface antérieure est plus ou moins convexe dans sa totalité, sans être surmontée de portions plus saillantes; elle est plus ou moins éloignée du plan de l'iris et du champ de la pupille, ce qui fait que cette dernière y projette une ombre; celle-ci se dessine en face du bord pupillaire sous forme d'une strie ou bande gris noirâtre qui change de place d'après la position différente de l'observateur, et dont le contour se perd insensiblement sur la surface du cristallin. Outre cette ombre on voit sur le bord pupillaire une autre strie circulaire d'une couleur plus tranchée, depuis le gris d'acier foncé jusqu'au brun noirâtre et au noir. C'est la continuation du pigmentum de l'urée, qui, en dépassant le petit cercle de l'iris, en termine la circonférence pupillaire, et qui, dans l'état normal du cristallin, particulièrement quand l'iris a une couleur foncée, n'est pas toujours visible. Dans les obscurcissemens du cristallin et de ses annexes, ce cercle foncé tranche sur la couleur plus ou moins claire de la cataracte, et, par cette raison, est très-facile à reconnaître.

On s'est beaucoup disputé sur ces derniers signes (l'ombre et la strie noire), en niant tantôt l'existence de l'un, tantôt celle de l'autre ; avec un peu d'attention on distingue facilement auquel des deux on a affaire ; très-souvent ils existent simultanément.

L'ouverture pupillaire et l'iris peuvent dévier plus ou moins de leur état normal.

Les cataractes lenticulaires molles présentent souvent un phénomène qui ne permet pas de se tromper sur la consistance du cristallin : c'est la déhiscence (1).

(1) J'emprunte ce mot à la botanique, où elle désigne l'écartement régulier des portions d'une capsule qui se fend.

Pour bien reconnaître ce phénomène sur le vivant, on peut d'abord le produire, pour l'étudier, sur le cristallin d'un œil mort, en attendant qu'il ait perdu sa transparence ou en le rendant opaque par l'alcool. On le plonge alors dans l'eau, entouré de sa capsule (qui, dans l'alcool, ne perd pas sa transparence et n'acquiert qu'une légère teinte opaline et un peu de reflet luisant.) Après quelque temps le cristallin se gonfle, se rapproche de sa capsule et finit par se fendre dans le milieu en trois portions triangulaires dont les bases se trouvent à la circonférence et les sommets au centre. Ces fentes entre ces trois portions forment une étoile à trois branches, qui, à travers la capsule transparente et au milieu du cristallin devenu blanchâtre, se dessine par une couleur grisâtre. Plus tard ces fragmens triangulaires se multiplient, et l'étoile alors présente des branches plus nombreuses. La même chose a lieu sur le vivant quand une cataracte lenticulaire, produit de l'âge et de la mortification du cristallin, probablement par suite de l'oblitération de ses vaisseaux nourriciers, se gonfle et se ramollit dans le liquide interstitiel. La même étoile grisâtre, le plus souvent à trois branches, rarement à plusieurs, se dessine au centre du cristallin blanchâtre; la capsule, vue de côté, présente le même éclat et la même teinte opaline, ce qui, réuni à la figure étoilée, peut faire croire à l'existence d'une cataracte capsulaire antérieure; mais la présence de l'étoile grise, l'état de la vue du malade, toujours meilleure que dans les cataractes capsulaires, l'extraction du cristallin, après laquelle la capsule se montre transparente, et la dissection montrent que le siége de l'affection n'est que dans le cristallin. Quelquefois le noyau encore dur d'une cataracte se ramollit dans la partie molle et dans le liquide ambiant; alors ce noyau prend un aspect fendillé et étoilé, mais il reste jaunâtre, semblable à la couleur du succin, et sans l'apparence de l'étoile centrale grise.

(La suite à un prochain numéro.)

LANCETTE DU 20. N° 90.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Résumé des Conférences cliniques de M. Louis.

(Septième article.)

Affection typhoïde et entérite. Caractères différentiels de ces deux maladies.

Privés des lumières de l'anatomie pathologique, les anciens considéraient comme essentielle la maladie qu'ils désignaient par les noms de fièvre putride, fièvre adynamique. La plupart des modernes ne voient dans cette affection qu'une entérite plus ou moins intense. Cette dernière assertion est aussi éloignée de la vérité que l'était celle des anciens. C'est ce que démontrera suffisamment l'examen comparatif des symptômes, observés chez un certain nombre de sujets atteints d'entérite et d'affection typhoïde.

21 malades présentèrent les symptômes de la fièvre typhoïde ; chez dix-sept la maladie se termina par la guérison, les quatre autres succombèrent. Ils étaient tous dans la force de l'âge, doués de tempéramens divers et de constitution assez forte; ils

étaient généralement bien portans au moment de l'invasion, ils habitaient Paris depuis un temps peu considérable.

Le plus jeune de ces malades était âgé de 15 ans; le plus avancé en âge avait 39 ans; terme moyen 24. La maladie débuta chez tous par un frisson, qui se renouvela quelquefois les jours suivans, et fut constamment suivi d'une chaleur plus ou moins considérable de la peau avec accélération du pouls. Il survint en même temps des douleurs de ventre, de la diarrhée, de la céphalalgie, des bourdonnemens d'oreilles, et une diminution plus ou moins considérable des forces. Les malades furent obligés de s'aliter dès le début, au plus tard le troisième jour de la maladie. Les signes qui révélaient le trouble des fonctions digestives persistaient, et ne tardaient pas à s'accompagner des symptômes cérébraux, tels que trouble de la vision, surdité, délire, quelquefois soubresauts des tendons. Si la maladie devait se terminer par la guérison, les symptômes diminuaient graduellement et finissaient par disparaître vers le vingt-cinquième ou le vingt-sixième jour de la maladie. Si au contraire, la maladie devait avoir une terminaison fâcheuse, les symptômes nerveux devenaient plus intenses, ceux de l'abdomen persistaient, et la mort arrivait à une époque variable. A la nécropsie, on trouvait constamment des ulcérations plus ou moins nombreuses des plaques de Peyer, quelquefois des ulcérations de l'épiglotte, du pharynx et de l'œsophage; un gonflement de la rate, une altération des ganglions mésentériques, et une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Les malades atteints d'entérite furent au nombre de 23. Aucun d'eux ne succomba. Ils étaient âgés, termemoyen, de 36 ans. Le maximum de l'âge était 69 ans, et le minimum 16. Chez eux comme chez les précédens, la maladie débuta par un frisson suivi de chaleur, accompagnée de douleurs de ventre, de diarrhée, mais sans prostration, sans météorisme, sans céphalalgie, sans trouble de l'ouïe et de la vision. Les malades continuèrent à prendre des alimens plusieurs jours après l'invasion; ils ne cessèrent leurs occupations que quatre à cinq jours après le début, entrèrent à l'hôpital à cette époque, et en sortirent tous parfaitement guéris au bout de sept à huit jours.

Les lésions anatomiques ne furent constatées chez aucun d'eux, puisque la maladie se termina par la guérison dans tous les cas.

Caractères anatomiques de la fièvre typhoïde.

Le cerveau et ses annexes n'offrirent pas d'altération notable. Cependant, deux des malades qui succombèrent éprouvèrent non-seulement du délire pendant un temps plus ou moins long, mais encore des contractions spasmodiques des membres. On ne constata sur leur cadavre qu'une légère infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et une teinte légèrement bleuâtre de la substance corticale, que l'on retrouve dans diverses affections et notamment dans le choléra.

Du côté des voies digestives, les amygdales furent trouvées tuméfiées dans un cas, le pharynx ulcéré dans quatre cas. Les ulcérations du pharynx sont, en quelque sorte, propres à la fièvre typhoïde et à la variole. M. Louis n'a constaté leur existence que chez les sujets qui avaient succombé à l'une de ces deux affections. La muqueuse qui revêt l'épiglotte présenta de l'épaississement et une érosion de ses bords dans deux cas. L'œsophage fut ulcéré dans un seul cas. Chez les quatre sujets qui succombèrent, la muqueuse gastrique fut trouvée exempte d'altération. Elle ne présenta ni état mamelonné, ni épaississement, ni ramollissement. Une rougeur pointillée très-circonscrite fut notée dans un seul cas. C'est donc à tort que l'on a désigné l'affection typhoïde par le nom de gastro-entérite. L'intestin grêle présenta des altérations plus ou moins profondes dans tous les cas. Ces altérations avaient leur siége dans les plaques de Peyer, et occupaient le dernier cinquième de l'iléon. Les follicules agminés, qui offrirent des altérations diverses, étaient au nombre de cinq à quinze. Les uns ne présentaient que de la rougeur et de la tuméfaction. Les autres étaient complètement ulcérés. Ces ulcérations étaient plus ou moins profondes. Tantôt elles intéressaient simplement la muqueuse, et avaient pour fond le tissu cellulaire sous-jacent plus ou moins engorgé. Tantôt la membrane musculaire était à nu, quelquefois aussi elles pénétraient jusqu'au péritoine. Les follicules de Brunner ne présentèrent d'altération que dans deux cas. Les lésions intestinales offertes par les malades qui succombent dans les hôpitaux de Paris, ne présentent pas la forme boutonneuse décrite par M. Bretonneau, de Tours. Ainsi le mot dothinentérite est impropre, selon M. Louis.

Le colon fut trouvé sain chez ceux qui succombèrent à une époque peu éloignée de l'invasion; chez les autres il offrit quelques rougeurs partielles. Les ganglions mésentériques et la rate étaient atteints dans tous les cas.

Symptômes.

La diarrhée exista chez quatorze malades. Elle ne fut très-abondante que dans cinq cas. Elle fut le symptôme qui marqua le début de l'affection dans dix cas. Elle égala la durée de la maladie dans un cas; se prolongea au-delà de la convalescence dans trois cas. Elle eut lieu chez tous les malades qui succombèrent.

Chez les malades atteints d'entérite; la diarrhée eut lieu 21 fois sur 23. Quoique très-abondante au début, elle n'empêcha pas les malades de continuer leurs occupations pendant quelques jours, et de prendre une certaine quantité d'alimens. Elle ne s'accompagna pas d'une diminution considérable des forces.

La douleur de ventre exista dans tous les cas d'entérite. Dans deux cas elle précéda la diarrhée. Dans la fièvre typhoïde elle ne fut notée que huit fois sur onze. Elle était généralement peu intense. La plupart des malades ne l'accusèrent pas, on était obligé de presser fortement l'abdomen pour la faire naître.

Le météorisme du ventre a été noté chez dix-sept des malades atteints de fièvre typhoïde. Il fut plus considérable chez les sujets qui succombèrent, et disparut peu de temps avant la mort. Ce qui dépose contre l'opinion de ceux qui attribuent le météorisme à la putridité. Du reste, il ne parut pas proportionné à l'intensité de la diarrhée. Chez les malades atteints d'entérite, le météorisme du ventre ne fut observé que dans un seul cas.

L'engorgement de la rate, dont l'existence était d'ailleurs révélée par la matité de la partie inférieure

du côté gauche du thorax, fut observé onze fois sur quinze dans l'affection typhoïde. Ce phénomène ne se montra chez aucun des malades atteints d'entérite.

Les nausées et les vomissemens furent rares dans les deux cas.

La langue, chez les individus atteints de fièvre typhoïde qui guérirent, présenta de la rougeur et du gonflement dans trois cas. Elle fut sèche dans deux cas, fuligineuse dans un seul cas; elle fut humide dans onze cas. Chez les malades qui succombèrent elle offrit de la sécheresse et de la rougeur; cependant, à l'autopsie, la muqueuse gastrique fut trouvée exempte de lésions. Ainsi, l'altération de la langue n'est pas un indice de la lésion de l'estomac. La gorge ne fut enflammée que dans deux cas. Un seul malade offrit une *dysphagie* qui persista pendant huit ou dix jours. C'est celui dont l'œsophage offrit à la nécropsie des ulcérations nombreuses. C'est à tort que les anciens regardaient la dysphagie comme dépendante d'un spasme de l'œsophage. Les recherches anatomiques de M. Louis l'ont conduit à considérer ce phénomène comme dépendant d'un état ulcéreux de ce conduit musculo-membraneux. La céphalalgie eut lieu dans tous les cas d'affection typhoïde, et disparut fréquemment sous l'influence de la saignée. Dans l'entérite, elle ne fut observée que dans deux ou trois cas. L'assoupissement et la somnolence furent observés chez plusieurs des malades atteints de fièvre typhoïde, tandis que ce symptôme ne fut noté dans aucun cas d'entérite. Le délire exista quatre fois sur quatorze, chez les individus qui guérirent, et trois fois sur quatre chez ceux qui succombèrent.

Ce phénomène ne se présenta que chez un seul des malades atteints d'entérite. Dans ce cas la phlegmasie intestinale offrit la forme intermittente, et fut combattue avec succès par le sulfate de quinine. L'état des forces fut très-différent dans les deux maladies. Dans la première, les malades furent obligés de s'aliter dès le début; plus tard ils étaient pris d'éblouissemens lorsqu'ils sortaient de leur lit. Dans l'entérite, la dépression des forces ne fut jamais considérable; elle fut toujours proportionnée à l'abondance des selles; les malades purent toujours se lever sans éprouver des éblouissemens ni des vertiges. Dans la fièvre typhoïde on observa plusieurs fois des soubresauts des tendons, des contractures des membres. Jamais rien de semblable n'a été observé dans l'entérite simple. Les bourdonnemens d'oreilles, les troubles de la vision sont des symptômes assez constans de l'affection typhoïde, et sont extrêmement rares dans l'entérite.

Des épistaxis eurent lieu sept fois sur dix dans les fièvres typhoïdes. On n'en observa pas dans l'entérite.

Dans la première de ces maladies, les taches typhoïdes furent observées quinze fois sur seize. Celui chez qui elles manquaient entra le seizième jour de l'invasion. Ces taches étaient rosées, lenticulaires, un peu saillantes; elles occupaient l'abdomen et la partie inférieure du thorax. Elles furent très-abondantes dans cinq cas. Elles ne parurent jamais avant le sixième jour, ni après le seizième. Elles furent observées, terme moyen, vers le neuvième jour de la maladie; leur durée fut de huit jours et demi.

Les *sudamina* se montrèrent neuf fois sur douze. Cette éruption parut vers le seizième jour de l'invasion. Cette double éruption n'a pas été observée chez les malades atteints d'entérite.

Le pouls dépassa 100 pulsations dans la plupart des cas de fièvre typhoïde, tandis que chez les malades affectés d'entérite il n'y en eut que trois chez lesquels le pouls battait plus de quatre-vingts fois par minute. Sous le rapport du pronostic, les deux affections offrent encore une grande différence.

La fièvre typhoïde se termine souvent d'une manière fâcheuse. Quatre des vingt-un malades qui font le sujet de ce résumé, succombèrent. Aucun de ceux qui présentèrent des signes de phlegmasie intestinale simple ne succomba.

M. Louis a recueilli ailleurs l'histoire de quatre-vingts cas d'entérite; il n'a observé qu'un seul cas de mort.

L'entérite peut se terminer au bout de quatre à cinq jours. La fièvre typhoïde ne dure jamais moins de quatorze jours.

On peut être plusieurs fois affecté d'entérite : on ne l'est jamais deux fois de fièvre typhoïde. La diarrhée se montre souvent comme complication d'autres maladies; il n'en est pas ainsi de la fièvre typhoïde. Dans celle-ci on observe un grand nombre de phénomènes secondaires, tandis que l'autre n'en présente pas.

Traitement de l'affection typhoïde.

Les mêmes moyens thérapeutiques ont été mis en usage chez tous les individus atteints de cette affection. Une saignée générale a été pratiquée dans les dix premiers jours. La quantité du sang tiré de la veine a été proportionnée à la force du sujet et à l'intensite des symptômes. On a employé en même temps les boissons délayantes. Les boissons auxquelles M. Louis donne la préférence sont la solution de sirop de gomme et l'eau de Seltz. Contre le météorisme, il a employé sans succès des lavemens avec une eau alcaline (eau de chaux et de magnésie); il a combattu les soubresauts des tendons par l'administration de légers narcotiques, par le sirop diacode en particulier. Dans aucun cas, M. Louis n'a appliqué des vésicatoires; il pense que l'emploi de ce moyen est nuisible. En provoquant une inflammation artificielle, le vésicatoire ajoute à l'intensité du mouvement fébrile. Depuis que M. Louis est médecin de l'hôpital de la Pitié, il a employé ce traitement chez soixante-cinq sujets, et il n'en a perdu que quatre. A l'hôpital de la Charité, où l'on employait des méthodes de traitement différentes et variables suivant les différens cas, il périt un tiers des malades. La durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital de la Pitié, a été de 24 jours; à l'hôpital de la Charité, elle fut de vingt-six jours.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Carie de l'articulation scapulo-humérale; amputation dans l'article; graves complications; mort; autopsie.

L'amputation du bras dans l'article me paraît nécessaire, dit M. Dupuytren, lorsque la tête de l'humérus, contuse à la suite d'un coup ou d'une chute, se tuméfie peu à peu, acquiert plus de volume et altère les parties voisines, sans qu'aucun remède

puisse guérir une semblable maladie, ou seulement en arrêter les progrès.

Dans beaucoup de cas on peut espérer que le scapulum et les os voisins sont intacts, lors même que l'humérus est profondément affecté, et on peut encore fonder l'espoir de la réussite sur le succès obtenu par l'emploi du même remède contre cette maladie dans d'autres parties du corps : le genou, l'avant-bras, etc.

Cependant nous sommes loin de conseiller l'extirpation du bras indifféremment à toutes les époques d'une semblable affection; il arrive un terme où l'engorgement des parties voisines, la suppuration qui s'est établie, la faiblesse du sujet, la rendent impossible.

Nous la croyons pratiquable à une époque moins avancée, et nous pensons qu'elle est le seul moyen capable de guérir cette maladie, contre laquelle tout ce qu'on a employé jusqu'à ce jour a échoué.

Telles sont les considérations qui nous ont engagé à opérer un malade couché naguères au n. 26 de la salle Sainte-Marthe. Si le succès n'a point répondu à notre attente, c'est que de graves complications sont venues se joindre à l'affection première, et ont contribué à la perte du malade.

A peine âgé de 30 ans, d'une constitution lymphatique, cet homme entra à l'Hôtel-Dieu dans le courant de mai dernier. Il accusait six ans de maladie.

Son affection avait débuté par une douleur vive à l'épaule, sans beaucoup de rougeur, et un peu d'inflammation à la peau, un peu d'empâtement du tissu cellulaire; les environs de l'articulation étaient douloureux au toucher; la partie postérieure l'était moins, la partie antérieure et supérieure présentait une tumeur du volume et de la forme de la moitié de la circonférence d'un gros œuf de poule.

Si on posait les doigts sur l'endroit le plus saillant de la tumeur, le malade craignait aussitôt un second attouchement. L'avant-bras était libre dans ses mouvemens, mais fléchi sur la partie antérieure du tronc; le bras, appliqué à la partie latérale du corps, osait à peine se permettre de l'en éloigner un peu.

D'après tous ces signes, il était facile de reconnaître une affection de l'articulation du bras avec l'épaule.

M. Dupuytren joignit aux moyens déjà employés en ville sans succès, l'emploi d'une ponction qu'il pratiqua à la partie antérieure et la plus déclive du bras, sur l'endroit qui présentait le plus de fluctuation.

Le malade, qui était en proie à une fièvre continue, parut soulagé de cette première opération. En effet, il s'écoula une assez forte quantité de pus qui soulevait le deltoïde, et paraissait venir plutôt du pourtour de l'articulation que de son intérieur.

Le malade profita de l'amélioration qu'il éprouva, pour demander sa sortie afin d'arranger quelques affaires de famille.

Rentré à l'hôpital quinze jours après, il était en proie à des accidens plus graves; les douleurs étaient devenues insupportables, la tuméfaction était considérable, et la fluctuation manifeste.

Le 28 mai, M. Dupuytren prit le parti de pratiquer une incision à la partie moyenne du bras. Il sortit aussitôt une quantité considérable de pus d'une fétidité caractéristique. (Il venait sans aucun doute de l'intérieur de l'articulation.) A dater de cet instant, les symptômes s'aggravèrent, les accidens se succédèrent rapidement, et l'amputation devint urgente.

L'état de faiblesse du malade contre-indiquait bien un peu l'opération. La poitrine était-elle saine? Le malade prétendait n'avoir jamais éprouvé de douleur de ce côté, n'avoir jamais été affecté de toux, et désirait vivement l'amputation.

Enfin le professeur se décida à employer un moyen incertain plutôt que d'abandonner ce malade à une mort certaine.

Le 5 juin dernier, il fut donc soumis à l'opération. Partant de l'acromion, M. Dupuytren dirigea son incision de haut en bas, et de dehors en dedans, vint trouver la partie latérale du thorax. Une seconde incision partie du même point supérieurement, vint descendre jusqu'à l'insertion du grand dorsal sur l'humérus. La capsule articulaire étant ouverte, on fit saillir la tête de l'humérus, et l'instrument tranchant l'ayant couronné, divisa tous les muscles qui s'y attachent postérieurement. Tous les vaisseaux furent liés.

L'articulation, comme on l'avait prévu, était baignée de pus; on ne réunit donc pas par première intention; mais on pansa simplement, et le malade fut reporté à son lit.

L'inspection du membre amputé justifia pleinement l'opération; la partie supérieure de l'humérus profondément cariée; tous les cartilages étaient était détruits; l'inflammation avait déjà gagné le scapulum.

Le 8 juin, quatre jours après l'opération, le malade n'avait éprouvé aucune hémorragie, aucune douleur; les symptômes inflammatoires avaient fait place à une suppuration louable qui obligea de changer l'appareil.

Le 10, il était dans un assez bon état, pas de frissons, très-peu de mouvement fébrile, la plaie avait un bel aspect, plusieurs ligatures tombèrent.

Le 11, le malade était si bien que le professeur aurait réuni entièrement la plaie, si l'amputation n'avait pas été faite pour une carie, et si le scapulum eut été parfaitement intact.

Cette amélioration ne se soutint pas très-longtemps.

Le 17 juin, à la visite du matin, on s'aperçut de quelques accidens déclarés du côté des voies urinaires et des parties génitales.

Le testicule droit parut engorgé, il était douloureux; les urines que l'on n'avait pas jusqu'alors observées étaient chargées de mucus, et rendues avec douleur. Le cordon spermatique était dur, engorgé, douloureux jusque dans l'intérieur du ventre. Tous ces symptômes donnèrent à penser que le malade n'avait pas déclare tous les antécédens de sa maladie.

Un nouvel interrogatoire apprit que trois ans auparavant il avait été affecté d'une violente blennorragie qui avait été mal traitée; et que depuis cette époque, il avait presque toujours conservé un écoulement.

Dans la position du malade, cette complication était des plus graves. Il s'y joignit bientôt une affection de la poitrine, la respiration devint courte et gênée; toux, etc. On opposa aux premiers accidens des applications de sangsues; on ouvrit un foyer purulent qui s'était développé le long du cordon spermatique : enfin l'abondante suppuration que fournissait la plaie de l'épaule, les sueurs, le dévoiement, la toux, l'oppression, et la marche ra-

pide des tubercules que ce malade avait dans le poumon, amenèrent la mort, qui fut précédée pendant 48 heures d'un coma qui ne se termina qu'avec la vie.

L'autopsie démontra que le cerveau était sain, mais contenait un peu de sérosité dans ses ventricules. La partie supérieure du poumon droit était farcie de tubercules enflammés et suppurés. Le poumon gauche était adhérent à la plèvre et enflammé.

Un foyer purulent existait à la partie supérieure du cordon spermatique droit. La vessie avait ses membranes considérablement épaissies. La muqueuse présentait des ulcérations analogues à celles que l'on rencontre dans le canal intestinal; on apercevait aussi des fongosités grisâtres sur la même membrane; les intestins étaient parsemés d'ulcérations semblables.

Le foie était sain. Le moignon était dans un état parfait, et presque entièrement cicatrisé.

LANCETTE DU 23. N° 91.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service par interim de M. Dalmas.

Abcès de la fosse iliaque; issue du pus par le cœcum et l'anus; guérison.

Le 8 juin dernier, est entrée une femme nommée Honnmann, âgée de 26 ans, exerçant la profession de brunisseuse. Cette femme, qui fut placée au n° 20 de la salle Saint-Joseph, nous dit qu'environ quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle s'était sentie soudainement indisposée à la suite d'un repas peu copieux; quelques frissons s'étaient manifestés, ainsi que du brisement dans les membres thoraciques et abdominaux. Nonobstant cette indisposition, elle continua ses travaux, mais quelques jours après l'apparition de ces prodromes, elle ressentit de la douleur dans la région iliaque droite. Cette douleur, d'abord légère, augmenta avec une telle violence, qu'elle fut forcée de se rendre à l'hôpital. Le facies de la malade était décoloré, le pouls vif, les excrétions normales, la région iliaque (pour nous servir de l'expression appliquée par Astruc aux panaris de la graîne des tendons) était le siége de douleurs pertérébrantes; le contact seul des couvertures du lit arrachait des cris à la malade. M. Dalmas fit appliquer 25 sangsues sur le siége de la douleur, ainsi qu'un cataplasme émollient. Des boissons délayantes furent administrées, et la malade assujettie à une diète sévère.

Bientôt se manifestèrent les symptômes d'une violente péritonite; on combattit cet épiphénomène par les antiphlogistiques; en même temps une tumeur se montra à la région iliaque; d'abord peu développée, elle acquit en peu de jours le volume des deux poings, s'étendait depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal jusqu'au pubis et à l'ombilic; la constipation opiniâtre, qui datait de plusieurs jours, ne céda qu'à l'emploi d'un lavement purgatif. La péritonite disparut par degrés, mais la tumeur persista ainsi que la douleur. La prostration était à son comble; la face présentait un aspect cadavéreux, le pouls était presque insensible; en un mot, la malade semblait dans un état désespéré. Il y avait environ un mois qu'elle était à l'hôpital, lorsque tout-à-coup elle ressentit le besoin d'accomplir l'acte de la défécation, et elle évacua dans l'espace de plusieurs heures deux litres et demi d'un véritable pus dont l'odeur était tellement forte, que toute la salle en fut infectée. M. Roux, qui fut appelé par M. Dalmas, constata la nature purulente des déjections. Dès lors la tumeur s'affaissa, les douleurs disparurent rapidement; la malade continua d'évacuer une petite quantité de pus.

Le 16 juillet l'habitude extérieure a pris un bon aspect; il existe encore un léger empâtement à la région iliaque. La malade a la demi-portion d'alimens.

Aujourd'hui, 18, elle sort dans un état de convalescence.

On peut conclure de l'observation précédente, que la douleur qui siégeait dans la région iliaque droite, et qui s'était développée sans cause appréciable, était le résultat de la phlegmasie du tissu cellulaire assez abondant, qui unit le cœcum aux muscles psoas et iliaque, phlegmasie qui s'était propagée probablement par voie de contiguité de cet intestin au tissu cellulaire ambiant; que plus tard le péritoine en fut affecté, soit sympathiquement, soit par sa continuité avec l'intestin malade; que l'inflammation du tissu cellulaire se termina par suppuration, d'où résultèrent nécessairement et la douleur, et la tuméfaction, et qu'enfin les parois du cœcum s'étant ulcérées, ont permis à la matière purulente de s'échapper dans le gros intestin, et d'être évacuée par l'anus.

Les archives de la science ne possédaient peut-être pas de description des tumeurs phlegmoncuses de la fosse iliaque, lorsque Dance et MM. Menière, Husson et Dupuytren appelèrent les premiers l'attention des médecins sur ce point important de la pathologie. L'obscurité du diagnostic, et plus encore le peu de victimes qui succombent à cette maladie, expliquent suffisamment l'ignorance où se trouvaient les praticiens à l'égard d'une affection d'ailleurs assez fréquente, mais qui affecte un siége profond au sein d'une cavité où se trouvent beaucoup d'organes dont la lésion ne peut être soupçonnée. En effet, avant que les médecins que nous venons de citer eussent décrit cette maladie, n'est-il pas probable qu'on la confondait avec une péritonite partielle, un abcès développé dans l'épaisseur des parois abdominales, avec une entérite, etc.; et si, au début, un médecin avait diagnostiqué l'inflammation d'une portion du péritoine, n'était-il pas en droit de croire son diagnostic bien fondé lorsqu'il voyait, comme il arrive dans la majorité des cas, surgir les symptômes de la péritonite générale, qui pour lui n'était que l'extension à toute la séreuse abdominale d'une inflammation, qui d'abord avait été bornée à une partie de son étendue? Grâce aux bonnes descriptions dont ces médecins ont enrichi la science, nous pouvons aujourd'hui diagnostiquer la présence d'un abcès de la fosse iliaque, ou au moins la soupçonner, car il faut le dire, il s'en faut de beaucoup que le diagnostic puisse toujours être facilement établi.

L'intestin cœcum, situé à la partie interne et inférieure de la fosse iliaque, n'est point recouvert par la séreuse abdominale dans son tiers postérieur, où il se trouve en contact avec une quantité plus ou moins considérable de tissu cellulaire qui le sépare du muscle iliaque; cette disposition est telle

que cette portion du gros intestin est immobile dans ce point. Le résidu des matières alimentaires, pour parvenir dans le colon ascendant, est forcé d'agir contre les lois de la pesanteur, et ce mouvement est doublement favorisé par la fixité du cœcum et par son organisation. Il résulte des rapports qui existent entre le cœcum et le tissu cellulaire qui revêt le muscle iliaque, qu'une phlegmasie de la membrane muqueuse du premier pourra facilement s'étendre au second : telle est l'opinion de M. Menière.

Les hommes sont plus souvent atteints de cette maladie que les femmes, les adultes y sont plus sujets que les enfans et les vieillards. Rien ne peut faire connaître l'influence de la constitution sur son développement. La fin de l'été et le commencement de l'automne sont les saisons où l'on en rencontre le plus d'exemples : certaines professions, telles que celles de broyeur de couleurs, de peintre en bâtimens, qui exposent à des lésions du tube intestinal, paraissent en être les causes efficientes. Une alimentation grossière et insalubre, les liqueurs alcooliques peuvent la faire naître. Il y a quelquefois des prodrômes qui précèdent la maladie de quelques jours; ce sont la diarrhée et la constipation alternatives, des coliques plus ou moins intenses, qui manquent chez quelques sujets.

Les symptômes propres sont : une douleur et une tuméfaction fixées dans un point de la région iliaque; les autres symptômes sont la fièvre, l'anorexie, la constipation et la diarrhée : pendant l'exacerbation des coliques le pouls est concentré, la face est altérée. La complication la plus fréquente est celle de la péritonite, qui peut entraîner la mort. Le pronostic n'est point grave, en général, car sur seize malades observés dans des conditions différentes par M. Menière, un seul a succombé. Quand les symptômes s'amendent sous l'influence des agens thérapeutiques, que les selles se rétablissent, que la fièvre cesse et que la tumeur diminue, on peut espérer la guérison ; mais s'il survient une péritonite générale, on en doit redouter les suites. La terminaison la plus heureuse et la plus commune est la résolution. M. Menière l'a observée onze fois sur seize. M. Dupuytren pense, au contraire, que la formation du pus et son épanchement dans la cavité du cœcum, est la terminaison la plus ordinaire.

Sur huit observations publiées par Dane et M. Husson, un seul individu a succombé; la nécropsie, faite vingt heures après la mort, a offert les lésions suivantes : le péritoine présentait les traces d'une phlegmasie intense, caractérisée par une rougeur ponctuée éparse sur divers points de son étendue, et par la présence d'une sérosité trouble et de fausses membranes. Tout le tissu cellulaire qui environne le cœcum par sa face postérieure, celui qui existe dans l'écartement du mésocolon lombaire droit, étaient en suppuration ; cette inflammation s'était propagée au tissu cellulaire du bassin, et même à celui qui tapisse la fosse iliaque gauche. Dans toute cette vaste étendue, on trouvait du pus infiltré, mais non amassé en foyer.

Les abcès de la fosse iliaque présentent ceci de remarquable, que le pus peut se faire jour dans l'intestin sans que les fèces s'épanchent dans le foyer de l'abcès ; M. Dupuytren en donne trois raisons :

1° L'abcès se vidant graduellement, la pression abdominale qui agit continuellement empêche qu'il ne se fasse un vide dans l'intérieur du foyer.

2° L'obliquité de l'ouverture, qui se comporte à l'égard des parois du cœcum à peu près comme l'orifice des uretères se comporte par rapport aux parois de la vessie.

3° Le décollement de l'intestin qui fait office de soupape.

Cette évacuation du pus peut se faire en même temps par le cœcum et la vessie, ou par le vagin ; d'autres fois, enfin, l'évacuation peut se faire à l'extérieur ; cette terminaison a toujours été fâcheuse ; car la base de l'abcès et sa partie le plus déclive reposent sur la fosse iliaque, tandis que l'ouverture, ayant lieu en avant et vers le point le plus élevé, l'évacuation du pus ne peut se faire que lentement. Dans ces circonstances, M. Dupuytren, pour favoriser son écoulement, fait coucher le malade sur le ventre.

Les succès obtenus par une méthode antiphlogistique active, et qui sont consignés dans les observations de Dance et de M. Husson, etc., doivent engager à employer la même méthode avec la même énergie. Les évacuations sanguines locales semblent plus efficaces que les saignées générales ; cependant il faudrait recourir à ces dernières si le pouls était fréquent et dur, et que l'engorgement menacât de s'étendre au tissu cellulaire voisin et au péritoine. Il ne faut pas craindre de recourir aux évacuations sanguines, tant qu'il y aura de la douleur à la pression et que l'engorgement n'aura pas diminué. On remédiera à la constipation par des boissons laxatives, de doux purgatifs et des lavemens ; on évitera avec soin les purgatifs drastiques. On emploiera en même temps les bains, les boissons et les cataplasmes émolliens. On surveillera attentivement les selles du malade. Une certaine quantité de matière purulente rendue par l'anus indiquera d'une manière certaine que l'abcès s'est ouvert dans le cœcum.

LITHOTRIPSIE PAR PERCUSSION.

(Suite du numéro 88, tome 7.)

Suite des observations présentées à l'Institut par M. Heurteloup, à l'appui de son percuteur courbe à marteau.

Vingt-troisième observation.—M. Villebois, homme fort et bien constitué, et chasseur de renard très-renommé, demeurant dans le Hampshire, avait été obligé de renoncer à son exercice favori depuis un an et demi environ, par l'irritation et la douleur qu'il éprouvait à la vessie et le long de l'urètre ; souvent il rendait des urines sanguinolentes, après un exercice un peu violent. Inquiété par ce qu'il observait, il vint à Londres et consulta M. Copeland. Ce chirurgien reconnut de suite l'existence d'une pierre dans la vessie, et me confia le malade.

L'urètre et la vessie étaient en bon état, et la pierre avait à peu près dix lignes de diamètre. Deux courtes applications faites devant M. Copeland et M. Pope, suffirent pour la réduire en portions assez petites pour être évacuées. Le malade retourna dans le Hampshire, et quinze jours après son arrivée, il se remit à chasser sans en éprouver le moindre inconvénient.

M. Copeland et M. Pope constatèrent la guérison de ce malade en examinant soigneusement la vessie conjointement avec moi.

Vingt-quatrième observation. — Sir Charles B., membre du parlement d'Angleterre, âgé de 60 ans, éprouva il y a quelques années des sensations pénibles au col de la vessie. Il s'adressa à M. Brodie, qui, ayant introduit un cathéter, sentit un corps placé dans le cul-de-sal de la prostate. Il examina cette glande, qu'il trouva volumineuse et tuméfiée. Dès lors ce chirurgien célèbre supposa que le malade avait une pierre enclouée dans le cul-de-sac prostatique. Cet examen soulagea sir Charles, qui resta deux années sans avoir recours aux moyens de l'art, quoique cependant il éprouvât souvent un sentiment pénible au col de la vessie, et que ses urines fussent habituellement catarrales. Cependant la sensation qu'il éprouvait devenant de jour en jour plus pénible, il s'adressa de nouveau à M. Brodie, qui, ayant pratiqué une seconde fois le cathétérisme, reconnut la présence d'une pierre dans la vessie, et conseilla au malade de se mettre sous mes soins.

Le cathétérisme méthodique me fit reconnaître un canal d'une largeur moyenne, d'une sensibilité modérée, et dévié de sa direction par suite d'une hernie inguinale. La vessie était irrégulière, fongueuse, saignante, extrêmement sensible. Il y avait plusieurs pierres de 9 à 11 lignes de diamètre; elles rendaient un son mat, mais elles étaient mobiles dans l'organe; la prostate était énorme, tuméfiée, sensible; on la sentait avec la sonde se prolonger extrêmement dans l'intérieur de l'organe.

En cinq applications de deux minutes du percuteur, qui furent accompagnées de circonstances qu'il serait trop long de détailler ici, les pierres de sir Charles furent extraites. Le volume de la prostate diminua, et les urines, d'alcalines et de mucoso-purulentes, devinrent claires et acides.

M. Brodie pratiqua le cathétérisme avec le plus grand soin, et déclara le malade en pleine guérison. En effet, depuis ce temps sir Charles n'a éprouvé aucune incommodité.

J'ai opéré sir Charles devant M. Brodie, qui a suivi avec d'autant plus de soin l'opération, qu'elle présentait de grandes difficultés.

(La suite à un prochain numéro.)

LANCETTE DU 25. N° 92.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Petit.

Note sur un cas de surabondance insolite (13 onces) de liquide céphalospinal, constatée chez l'homme.

Le nommé Grivet, âgé de 68 ans, gardien à la Halle (marché aux poirées), d'une constitution vigoureuse, je dirai même athlétique, avait toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il avait parfois des réponses brusques, lorsque, dans la nuit du 12 au 13 juin 1833, après s'être enivré dans la journée du 12 (c'était chez lui presque une habitude), il tomba dans un état tel qu'il ne put ouvrir la porte de sa chambre à sa femme et à ses enfans lorsqu'ils se présentèrent. Il resta sans secours jusqu'au lendemain 13 au matin, qu'on le trouva dans son lit, dont il n'avait pu sortir, délirant, ne présentant de symptôme de paralysie dans aucune partie du corps plutôt que dans une autre; je veux dire qu'il a paru être dans un état de paralysie générale, mais très-incomplète.

Deux médecins, dont je n'ai pu savoir le nom, furent successivement appelés, et dans l'espace de trois jours on lui appliqua des sangsues derrière les oreilles, à l'anus et sur le côté gauche de la poitrine, lieu où fut encore placé un vésicatoire.

Soit que la maladie, en persistant, menaçât de devenir trop longue, soit que les parens du malade ne fussent pas en position de le faire traiter à domicile, il fut conduit à l'Hôtel-Dieu le 16, et placé dans une salle de chirurgie (service de M. Dupuytren), parce que les personnes qui l'avaient amené prétendirent qu'il était malade des suites d'une chute. Mais il n'avait aucune maladie du ressort de la chirurgie, et il fut évacué le lendemain dans une des salles de médecine de M. Petit, dont le service était alors momentanément confié à M. le docteur Heurteloup, médecin du bureau central d'admission.

Cet homme remuait bien tous les membres, mais avec peu d'énergie; sa langue était couverte d'un enduit brunâtre, épais et humide; l'intelligence n'était pas complètement abolie, mais il rendait très-mal compte de ce qu'il avait éprouvé. Le pouls était faible; il fut jugé atteint d'une affection cérébrale qu'on n'essaya point de déterminer (1).

Le lendemain, 18, les symptômes cérébraux présentèrent plus d'intensité; le malade délirait, gesticulait, injuriait les personnes environnantes, qu'il menaçait même. Gilet de force, 10 sangsues derrière chaque oreille, sinapismes, diète absolue.

Le 19, son état était comateux; les révulsifs à l'extérieur et à l'intérieur ne produisirent aucun effet avantageux, et il mourut dans la soirée.

L'examen cadavérique fut fait quinze heures après la mort. Le cadavre présenta beaucoup d'embonpoint et un développement musculaire peu commun.

Le cœur était sain, de même que le poumon droit; mais celui du côté gauche était hépatisé au troisième degré dans toute sa moitié supérieure.

Les organes abdominaux ne représentèrent rien de notable, excepté l'estomac, qui était affecté de gastrite chronique. (Teinte rouge foncée, brunâtre, avec ramollissement de la muqueuse.)

L'encéphale mis à nu sans intéresser les membranes, on remarqua les particularités suivantes : la faulx du cerveau et la dure-mère de la convexité étaient très-adhérentes aux lobes cérébraux au moyen des deux feuillets de l'arachnoïde et de ce que l'on a appelé glandes de Pacchioni; il existait sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, entre les circonvolutions cérébrales, dans les ventricules latéraux, et dans la cavité rachidienne (toujours sous le feuillet interne de la méningine) une quantité vraiment extraordinaire de liquide céphalo-spinal : je recueillis avec soin ce liquide et trouvai, en le pesant à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu, son poids égal à douze onces, sept gros et demi; la substance cérébrale n'offrit point de traces (évidentes du moins) d'altérations; mais la membrane séreuse était partout, surtout à la convexité, d'un blanc mat, et la pie-mère, dans le lieu correspondant, était fortement infiltrée.

(1) Il faut remarquer, en effet, que les renseignemens sur l'état du malade avant son entrée à l'hôpital, ne nous sont parvenus que plusieurs jours après sa mort, par suite de notre transport à son domicile.

La présence dans l'encéphale d'une aussi grande quantité de sérosité nous semble remarquable sous trois points de vue : 1° par cette même quantité ; 2° par son origine ou sa cause ; 3° par les symptômes auxquels elle a pu donner lieu.

D'après M. Magendie, chez un homme adulte, sain de corps et d'esprit, la quantité du liquide céphalo-spinal est de trois onces environ ; de six à sept onces chez les vieillards ; Cotugno admet 4 à 5 onces dans l'état ordinaire ; et chez notre sujet il y en avait 12 onces, 7 gros et demi... On a vu ce fluide avoir une abondance excessivement considérable dans plusieurs cas analogues à celui-ci, par exemple dans l'apoplexie séreuse (Morgagni, Bang, Serres, etc.) ; M. Andral a trouvé chez un épileptique mort à la Pitié, dans le coma, les ventricules si dilatés par la sérosité (ils contenaient dix à douze onces) que la paroi supérieure des lobes cérébraux était fortement soulevée (*voyez* le n° 71, tome 7, de ce journal). J'ai vu encore, dans le commencement de l'année 1832, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Magendie, un cas analogue qui sera sans doute publié avec tous ses détails par ce célèbre physiologiste.

A l'autopsie d'une jeune femme, qui avait présenté des symptômes de compression du cerveau, immobilité générale, état comateux et paralysie générale, il trouva, à la surface du cerveau et dans ses ventricules, une quantité excessivement considérable de fluide : les sinus contenaient du sang coagulé, de même que la veine de Galien qui passe sur la glande pinéale.

Nous reconnaissons avec M. Serres (Annuaire médico-chirurgical, Tome Ier, 1829) qu'il peut y avoir apoplexie sans épanchement et épanchement sans apoplexie, et nous croyons que dans le cas que nous avons rapporté plus haut, il y a bien eu méningite et épanchement chroniques, mais qu'il s'est fait une augmentation, une nouvelle exhalation du fluide, lors de l'apparition subite des symptômes cérébraux chez notre malade, le 13 juin, bien que la pneumonie gauche puisse à la rigueur expliquer ces symptômes.

J'appuierai cette opinion du fait suivant que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Petit, vers la fin du mois de mai de l'année 1832 : un homme avait une pneumonie du sommet du poumon droit, mais il avait et avait toujours eu la tête très-saine ; du moins d'après ce qu'il nous affirma. Saignées, sangsues, adoucissans, diète, vésicatoire sur le côté malade, tels furent les moyens de traitement ; vingt-un jours après son entrée, j'observai un œdème des membres inférieurs, puis tout-à-coup un état comateux, et la mort comme s'il y avait eu apoplexie foudroyante.

L'autopsie démontra une arachnitis chronique générale (infiltration séroso-purulente générale dans le sinus cellulaire sous-arachnoïdien) ; le fluide des ventricules trouble et laiteux ; une arachnitis aiguë dans quelques points à la base (pointillé et injection), aucune autre lésion dans la substance cérébrale.

Qui ne voit de suite que, dans ce dernier cas comme dans celui que j'ai rapporté plus haut, la lésion a existé pendant long-temps à l'état latent, et, comme le dit M. Dupuytren, que les symptômes graves ont apparu lorsque la réaction de l'organe comprimé (le cerveau) a été vaincue par les progrès du mal ?

J.-J.-H. Montault, D.-M. P.

LANCETTE DU 27. N° 93.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Service de M. Bérard jeune.

Clinique des maladies des yeux, par M. Sichel.

Diagnostic et opérations de la cataracte

Cataractères physiologiques des cataractes molles.

(Suite du n° 89.)

La vision est plus ou moins troublée, d'après le degré de développement de la cataracte, et toujours en raison directe de l'extension et de l'intensité de l'opacité. Dans les périodes moins avancées, le malade voit mieux quand la pupille se trouve dans un état de dilatation. Les mouvemens de l'iris peuvent perdre de leur vivacité, et même cesser.

Tous ces caractères subissent des modifications selon les différens degrés de consistance du cristallin, d'après lesquels on peut partager les cataractes lenticulaires en dures, molles et liquides.

Les cataractes dures se distinguent par les caractères suivans : couleur plus foncée, depuis le gris d'acier jusqu'au verdâtre. Il y en a qui sont franchement vertes, d'un vert de mer, et qui, quand on en fait l'extraction, présentent une teinte orangée ou rougeâtre, et une surface postérieure très-convexe. La différence de couleur du centre et de la circonférence n'est pas très-marquée. La surface antérieure des cataractes dures est d'ordinaire un peu plus aplatie et très-éloignée de l'iris ; par suite de cette dernière circonstance, l'ombre portée de l'iris est très-large ; le cercle brunâtre du bord pupillaire, au contraire, est peu marqué, parce que la couleur foncée du cristallin n'est pas propre à le faire ressortir, et que l'iris, loin d'être poussé en avant, forme un plan perpendiculaire, ou est un peu retiré en arrière dans son petit cercle circulaire, circonstances qui font disparaître le bord de l'uvée. L'ouverture pupillaire est normale, et peut même être resserrée s'il coexiste une irritation de l'œil. L'iris jouit de toute sa mobilité. Quoi qu'en disent quelques auteurs, j'ai toujours trouvé que la vision diminue moins dans les cataractes dures que dans celles qui sont molles.

Les cataractes molles sont toujours d'une couleur claire, d'un blanc laiteux ou grisâtre ; elles sont très-larges d'avant en arrière ; par conséquent leur surface antérieure est très-rapprochée de la pupille ; l'ombre de l'iris est donc très-peu large, quelquefois même nulle ; le cristallin, gonflé et volumineux, comprime l'iris, le rend peu mobile ou immobile, le pousse en avant et produit une étroitesse de la chambre antérieure et une espèce de renversement du bord pupillaire. Par suite de ce renversement, l'uvée devient apparente dans une plus grande étendue, et forme sur la marge pupillaire un cercle foncé beaucoup plus large, et, à raison de la couleur pâle de la cataracte, très-facile à apercevoir. La cécité est plus complète que dans les cataractes dures, ce qui, réuni à l'immobilité de la pupille, rend quelquefois le diagnostic d'avec l'a-

maurose assez difficile. Les instillations narcotiques, en dilatant la pupille, tranchent cependant la question dans cette circonstance.

Les cataractes lenticulaires liquides présentent les caractères des cataractes molles, et en outre une fluctuation dans l'intérieur de la capsule. On voit à la surface antérieure du cristallin des nuages qui voltigent, changent de place, se réunissent en quelques endroits, se partagent de nouveau pendant les mouvemens du globe de l'œil pour se déposer, pendant le repos de cet organe, dans la partie inférieure de la capsule; alors on voit quelquefois la partie correspondante du cristallin d'une couleur blanchâtre foncée qui semble située dans ou immédiatement derrière la capsule, tandis que la partie supérieure de cette dernière est normale, et permet de voir, soit le noyau du cristallin, qui n'est pas encore ramolli, soit un liquide plus ténu et moins trouble, qui remplit la capsule et surnage au-dessus du dépôt. C'est à cette classe qu'appartient aussi la cataracte produite par le trouble du liquide contenu entre la cristalloïde antérieure et la lentille. (Cataracte de Morgani.) Mais ces deux espèces de cataractes liquides avec transparence de la capsule, sont infiniment rares. Nous avons rendu compte d'un cas semblable dans la vingt-deuxième observation. Quelquefois un liquide clair, mais copieux, est contenu dans la capsule.

Les cataractes liquides sont, dans d'autres circonstances non moins rares, accompagnées d'opacité de la capsule, et appartiennent donc aux cataractes capsulo-lenticulaires. Alors on ne les reconnaît qu'à une espèce de fluctuation de la capsule, fluctuation qui, dans les mouvemens de la tête ou du globe de l'œil, pousse la cristalloïde antérieure en avant, et la fait proéminer à travers la pupille, ou imprime des mouvemens d'ondulation à l'iris.

Les cataractes capsulaires antérieures se distinguent par une couleur toujours plus ou moins inégalement répartie, soit qu'il y ait à leur surface des stries, des points ou des plaques bien distinctes, et le plus souvent saillantes, comme en relief, soit qu'au moins on reconnaisse dans leur surface une texture striée ou fibreuse. Elles sont aplaties, et presque toujours d'une teinte plus foncée que les cataractes lenticulaires; on n'y voit pas de ces portions nuageuses à contours peu à peu effacés, ni de gradations de teintes insensibles. Les portions de différentes nuances se dessinent fortement. Les points les plus opaques peuvent se trouver aussi bien près de la circonférence que dans le centre; aussi l'affection débute-t-elle fréquemment par la périphérie de la membrane. Un certain brillant semblable à celui du nacre ne manque qu'exceptionnellement à cette espèce de cataracte; mais dans ces cas exceptionnels il y a presque toujours une couleur crétacée foncée, et des aspérités ou inégalités à la surface, qui donnent à la cataracte un aspect gypseux qu'on ne trouve point dans l'opacité du cristallin. Les variations nombreuses de ces stries et les élévations de la capsule antérieure n'ont rien de constant et qui puisse influencer le choix de la méthode opératoire. Les noms qu'on leur a imposés, et qu'on pourrait multiplier à l'infini, sont donc tout-à-fait superflus. Dans la plupart des cas, la capsule opaque est en même temps épaissie, très-rapprochée de l'iris ou adhérente à cette membrane en partie ou en totalité, ce qui produit l'absence complète ou presque complète de la chambre postérieure, de l'ombre portée et des mouvemens de l'iris, l'irrégularité et le plus souvent le rétrécissement de la pupille et l'abolition plus considérable que dans les autres espèces, de la faculté visuelle, qui souvent se trouve réduite à une sensation très-obscure de la lumière. Ici le diagnostic d'avec l'amaurose est très-difficile, et souvent tout-à-fait impossible quand il y a adhérence complète, parce que le diagnostic ne peut plus être éclairé par l'emploi local des narcotiques.

Les cataractes capsulaires postérieures, maladie extrêmement rare, se caractérisent par une opacité, qui peut présenter le même aspect que la cataracte capsulaire antérieure, mais qui est concave et dont le siége correspond à la cristalloïde postérieure. Pour la reconnaître, il faut que le cristallin et la capsule antérieure soient normaux, au moins dans une portion considérable de leur substance. Le diagnostic est toujours très-difficile : souvent on ne reconnaît la maladie qu'après avoir produit une dilatation de la pupille.

Dernièrement deux sœurs, âgées d'une trentaine d'années, se sont présentées à la clinique, affectées de cataractes capsulaires postérieures congéniales; l'affection était difficile à reconnaître à cause de l'étroitesse de la pupille; cependant on voyait au fond des yeux, particulièrement sur l'œil gauche de la sœur aînée, œil presque entièrement privé de la lumière, une plaque légèrement concave, grisâtre, semblable à un réseau entre les mailles duquel se trouvaient des taches plus foncées; je crus reconnaître des cataractes capsulaires postérieures, et fis instiller de l'extrait de belladone; après la dilatation de la pupille on voyait une opacité très-marquée de la plus grande partie de la capsule postérieure, à l'exception de sa circonférence, opacité formée par des plaques grisâtres, irrégulièrement arrondies, sans éclat, mêlées de petits points blancs.

Les cataractes capsulo-lenticulaires présentent les caractères mixtes des cataractes cristallines et membraneuses; pour bien décider de l'état du cristallin, il faut cependant qu'une portion de la capsule conserve encore une certaine transparence; dans le cas contraire ce n'est que par induction que l'on conclut sur l'état de la lentille, d'après la largeur des chambres de l'œil et de l'ombre portée, d'après la convexité de la face antérieure de la cataracte et de l'iris et les mouvemens de cette membrane, la marche de la maladie, les causes et le commémoratif.

Les cataractes adhérentes ne sont pas toujours capsulaires; l'irrégularité et l'immobilité de la pupille sont leurs signes principaux, et peuvent exister dans un ou plusieurs points ou dans la totalité des bords de cette ouverture. Les adhérences (synéchie postérieure) deviennent plus marquées après l'instillation d'une préparation narcotique; bien souvent elles semblent manquer entièrement dans l'état ordinaire de la pupille, et ne se manifestent qu'après l'emploi de ce moyen, qu'en général on ne doit jamais négliger pour assurer ou éclairer le diagnostic de toutes les maladies de l'œil qui siégent derrière la paroi formée par l'iris et le plan imaginaire de la pupille.

Les fausses cataractes ou cataractes membraneuses de Beer, n'étant pas des cataractes, mais bien des fausses membranes, ne doivent pas être traitées ici, d'autant plus que l'opération de la cataracte ne leur est que très-rarement applicable, et que presque toujours on ne peut y remédier que par l'opéra-

nom de cataracte membraneuse ou membranacée comme synonyme de cataracte capsulaire, ce qui nous paraît plus logique.

D'après ces caractères, que nous n'avons tracés que sommairement, on peut former les principales indications pour les différentes méthodes et les divers procédés de l'opération. D'autres indications découlent de la conformation de l'œil, de l'individualité des personnes affectées et des circonstances accessoires. Pour être mieux compris, nous dirons quelques mots sur les opérations, avant que d'exposer les indications.

(La suite à un prochain numéro.)

LANCETTE DU 30. N° 94.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Service de M. Ricord.

Un mot sur l'application du spéculum à l'étude des maladies du col de l'utérus.

Extraction d'un fongus cancéreux et d'un polype fibreux de la lèvre postérieure du col; modification du manuel opératoire.

Aujourd'hui que l'application du spéculum à l'étude des maladies vénériennes chez la femme est devenue générale, et que les succès qu'on en a obtenus, tant pour éclairer le diagnostic que pour le traitement local, ont été mis hors de doute par une foule d'observations publiées dans les divers journaux de médecine, il est juste sans doute de s'étonner de cet esprit tenace et rétrograde qui anime encore quelques praticiens, du reste si distingués sous tant de rapports. A la vue des ulcérations variées qui peuvent affecter le col de l'utérus, et dont le toucher le plus délicat ne saurait donner la plus légère sensation, ils ont été sans doute forcés de reconnaître que le spéculum était indispensable, et que seul il pouvait préserver de tant d'erreurs dont les suites ont été si souvent funestes.

Voilà ce que la vérité a proclamé partout, et ce que tout esprit juste et sans prévention a répété. Mais la vieille école ne s'est pas tenue pour vaincue. Battue sur ce point, elle s'est retranchée sur un autre. Les maladies vénériennes ne sont pas les seules qui affectent le col de l'utérus, et parmi les affections diverses dont il peut être le siége, en est-il une seule, a-t-elle dit, que le toucher ou les moyens généralement employés ne puissent faire reconnaître; dès lors on a voulu rejeter sans retour l'usage du spéculum qu'ils ont osé appeler indécent, comme si à côté d'un acte du chirurgien qui décide de la vie ou de la mort, on pouvait écrire ce mot indécence. Il faudrait donc penser qu'il est plus convenable de pousser en tâtonnant son doigt jusqu'au fond des parties sexuelles d'une femme cachée sous les draps de son lit, que de placer sans hésitation et à découvert un instrument dont l'application ne saurait inspirer d'arrière-pensée. A part ces considérations qui ne sont pas quelquefois sans importance, combien de fois ces défenseurs ne sont-ils pas tombés dans les erreurs les plus grossières? Le toucher a diagnostiqué des polypes volumineux et de forme pyramidale, là où le spéculum nous a montré le col parfaitement sain, mais affectant cette forme plus commune qu'on ne l'a généralement cru, surtout chez les jeunes filles, et que M. Ricord a caractérisée sous le nom de museau de tapir.

Une lèvre du col exempte de toute affection morbide, mais faisant saillie dans le vagin de près de six lignes, a donné la sensation du polype au doigt qui ne pouvait en comparant les tissus s'assurer de leur continuité parfaite et de leur état absolument sain; de combien d'erreurs n'ont pas été la source les lèvres de cet organe déchirées par l'accouchement et présentant des anfractuosités parfaitement semblables à celles du fongus cancéreux? Ces erreurs sont dangereuses sans doute; mais en cela qu'elles éveillent la sollicitude de l'art, elles le sont bien moins que celles qui endormant la malade dans une fausse sécurité, laissent échapper l'instant favorable et n'offrent bientôt plus, même au praticien le plus exercé, que la douleur de reconnaître tous les caractères d'une maladie sans remède et de voir s'éteindre en peu de temps une vie qu'il eût été souvent si facile de conserver. Parce que l'école a dit, que le cancer de l'utérus se décèle toujours par une odeur caractéristique, un de nos praticiens les plus célèbres n'a pas craint, il y a peu de jours, de se prononcer ouvertement contre la présence de cette affection, à l'occasion d'une malade chez laquelle du reste tous les signes classiques existaient évidemment à l'exception de celui-là seul, qu'il regardait comme *sine quâ non*; et pourtant les nombreux élèves qui suivaient naguère les leçons de M. Ricord avant que les salles des vénériens fussent fermées par des motifs tout-à-fait étrangers et arbitraires, pourraient rendre témoignage de ces cancers horribles qui déjà n'offraient plus d'espoir, sans qu'il fût possible de constater la plus légère odeur fétide, du moins cette odeur caractéristique si vantée comme dernier *criterium*.

Combien de femmes affectées d'un écoulement continu de mucosités purulentes, causé par un polype ou un fongus cancéreux, n'ont-elles pas été traitées comme syphilitiques, gorgées inutilement de mercure et bien souvent l'erreur n'a été reconnue qu'alors que l'usage de ce médicament énergique avait déjà produit les plus affreux ravages; les salles des hospices, comme la pratique civile, nous fournissent chaque jour assez de faits à l'appui de nos principes. Mais les bornes de ce journal ne nous permettent pas de les rapporter ici; nous nous contenterons de citer une observation récente, relative à un polype fibreux de la lèvre postérieure du col.

Polype fibreux ayant son siége sur la lèvre postérieure du col de la matrice.

Dubois (Catherine), âgée de 50 ans, entrée le 11 juin 1833; salle des Nourrices, n° 6.

Les premiers temps de la vie de la malade sont obscurs; réglée à quinze ans, mariée à 19, elle a eu deux enfans et quatre fausses couches très-laborieuses; cependant elle a toujours joui d'une bonne santé. Il y a quatre mois elle eut des pertes rouges assez abondantes qui durèrent onze jours, puis il s'établit une perte blanche continue, jusqu'au jour où la malade est entrée à l'hospice; elle dit n'avoir éprouvé d'autres douleurs que de vives coliques, et tion de la pupille artificielle. Nous employons le

quelque difficulté d'uriner. Le spéculum fit reconnaître la présence d'un polype fibreux assez volumineux et ayant son siége sur la lèvre postérieure du col, qui du reste était parfaitement sain. M. Ricord résolut d'opérer selon le mode dont nous avons fait déjà mention, mais ici, au lieu du cordon de soie facile à se briser, une ligature métallique fut portée à la base de la tumeur; par des tractions modérées, elle fut entraînée au dehors, sans causer de douleur marquée à la malade, et le bistouri porté sur le pédicule aussi près que possible du col, la pièce fut enlevée avec facilité, dans son entier; le soir, il y eut une hémorragie assez forte dont on se rendit maître par le tamponnement.

Le 2 juillet, quinze jours après l'opération, on cautérisa quelque point douteux.

Le 8, la malade est sortie parfaitement guérie.

J.-J.-L. Rattier,
Prosecteur des cours de M. Ricord.

COURS DE PATHOLOGIE MÉDICALE.

M. Andral, professeur.

Des Convulsions et de leur Traitement.

Les convulsions étaient jadis considérées comme une affection essentielle et tout-à-fait indépendante de la lésion des centres nerveux.

Le traitement de cette maladie consistait dans l'emploi des antiphlogistiques et de quelques médicamens appropriés à la nature de la cause qui paraissait en être le point de départ. Aujourd'hui on regarde les convulsions comme constamment liées à une irritation cérébrale, contre laquelle les antiphlogistiques seuls sont prescrits. Il y a évidemment exagération de part et d'autre.

Si nous interrogeons l'anatomie pathologique, elle nous apprendra que les convulsions peuvent être symptomatiques de toutes les altérations des centres nerveux, depuis la simple congestion jusqu'aux tubercules et aux hydatides. Mais à côté de ces cas où le scalpel nous montre sur le cadavre la lésion de l'axe encéphalo-rachidien, qui a été le point de départ des mouvemens convulsifs, il en est d'autres infiniment plus nombreux où l'on ne découvre aucune altération appréciable.

En nous livrant à l'investigation des symptômes, et portant notre attention sur les troubles de la motilité qui caractérisent les convulsions, il est naturel d'en placer le siége dans les centres nerveux, dont les phénomènes pathologiques nous révèlent les désordres fonctionnels. Mais que s'est-il passé dans ces organes? y a-t-il eu excitation ou faiblesse? Tout ce que nous savons, c'est qu'il a existé une perversion du système nerveux, dont la nature nous échappe complètement. On est loin d'avoir résolu la question en disant qu'il y a toujours excitation; car, d'un côté, l'ouverture des cadavres nous apprend que des convulsions ont coïncidé avec un état anémique du cerveau et de la moelle, et l'observation clinique nous montre chaque jour des convulsions chez des individus épuisés par des maladies chroniques, débilités par des hémorragies abondantes. Ces phénomènes pathologiques ne doivent-ils pas être rapprochés de ceux que, dans nos expériences physiologiques, nous produisons spontanément chez les animaux que nous faisons mourir exsangues? Nous ne saurions nous résoudre à admettre dans ces divers cas l'existence d'une irritation qu'exaspèrent d'ailleurs les antiphlogistiques, et qui cède presque constamment à l'emploi des toniques et des antispasmodiques. Il n'existe donc pas, pour les convulsions, de traitement unique, pas de remède universel, pas d'agent spécifique. Les moyens curatifs des convulsions doivent être aussi variés que les causes nombreuses qui leur donnent naissance. Avant donc de tracer les règles du traitement, nous croyons indispensable de jeter un coup-d'œil sur l'étiologie, qui est la véritable source des indications.

Causes. — Sous l'influence des causes nombreuses et variées que nous allons énumérer, on voit les convulsions apparaître chez les individus d'âge, de sexe et de tempérament différens. Il est néanmoins certaines prédispositions qu'on ne saurait révoquer en doute; les enfans sont infiniment plus sujets aux convulsions que les adultes. Chez eux, la cause la plus légère suffit pour la déterminer. Dans les hôpitaux consacrés aux maladies du jeune âge; l'on voit fréquemment les enfans d'une même famille moissonnés par les convulsions. En interrogeant les parens sur les causes de cette affection, nous apprenons souvent qu'ils sont hystériques, épileptiques, hypocondriaques, etc. La plupart de ces enfans présentent en outre tous les attributs de ce que Baume appelait la convulsionnabilité. Ils ont la tête volumineuse, la peau fine et blanche, le système musculaire peu développé; leur physionomie est très-mobile, l'œil vif, quelquefois hagard; ils tressaillent pour la moindre cause, ils dorment peu, leur sommeil est entrecoupé par des rêves sinistres, ils se réveillent en sursaut et en jetant des cris aigus; leur figure est tantôt pâle, tantôt colorée; ils offrent de fréquentes alternatives de constipation et de diarrhée.

Parmi les causes déterminantes, les unes agissent directement sur le système nerveux, les autres ont leur point de départ dans les divers appareils de la vie nutritive. Les chutes, les coups sur la tête, les plaies du crâne, les différentes lésions des enveloppes du cerveau peuvent donner naissance aux convulsions; les émotions vives, la peur, la colère, la jalousie, sont toutes des causes qui, perturbant violemment l'innervation, peuvent les faire naître. Elles se propagent quelquefois par voie d'imitation. Qui ne connaît le fait observé par Boerhaave à l'hôpital de Harlem, et quel est le médecin qui n'a observé des phénomènes semblables dans les services de femmes et de jeunes filles? L'habitude de les simuler finit quelquefois par ôter à la volonté le pouvoir de les arrêter. Tissot, dans son Traité des maladies nerveuses, cite des faits de ce genre.

Un grand nombre de lésions de l'appareil digestif s'accompagnent de convulsions. A la tête de ces affections, nous devons placer le travail de la dentition, qui a une si grande influence sur la santé des enfans. Les inflammations aiguës et chroniques de la muqueuse gastro-intestinale, les gastralgies, les utéralgies, l'état saburral des premières voies, l'accumulation des matières fécales, la rétention du méconium chez les enfans nouveau-nés, la présence des vers dans le canal intestinal, l'usage intempestif des évacuans, l'ingestion du lait d'une nourrice après un violent accès de colère, l'ingestion dans le tube digestif de certaines substances vénéneuses, d'alimens malsains, de pain contenant du seigle ergoté (ergotisme convulsif); toutes ces causes variées exercent une notable influence sur le dévelop-

pement des convulsious. Elles méritent d'être soigneusement étudiées, car chacune d'elles réclame un traitement spécial.

Parmi les lésions de l'appareil respiratoire, nous devons noter la coqueluche, le croup, l'asthme aigu, le catarrhe suffocant, enfin l'inspiration de certains gaz délétères.

Si nous portons notre attention sur les désordres de l'appareil circulatoire, nous verrons les convulsions naître à l'occasion des troubles les plus variés de la circulation. L'accélération du cours du sang en est une cause incontestable. Toutes les maladies accompagnées d'un mouvement fébrile intense, les prodrômes des exanthèmes fébriles, les accès de fièvres intermittentes, etc. La pléthore générale ou locale, à laquelle il faut rapporter l'apoplexie des nouveau-nés, le tempérament sanguin disposent aux convulsions aussi bien que l'état anémique général ou partiel; la chlorose, le tempérament lymphatique, voilà des états bien opposés de l'économie, qui cependant donnent lieu aux mêmes phénomènes pathologiques.

A l'époque où l'on avait souvent recours à la transfusion du sang, on vit fréquemment des convulsions naître chez des malades dans les veines desquels du sang étranger était injecté. Enfin, pour ne rien omettre sur les troubles du système vasculaire, nous devons mentionner les convulsions qui surviennent après des hémorragies abondantes.

Parmi les désordres fonctionnels des organes de sécrétion, nous devons ranger l'impression du froid sur la peau, la rétrocession des exanthèmes, la suppression brusque d'une sécrétion naturelle ou anormale.

Enfin, pour terminer l'énumération des causes, nous signalerons les désordres des fonctions génitales, tels que l'onanisme, l'abus du coït, la continence, les troubles de la première menstruation, la grossesse, le travail de l'accouchement, les hémorragies utérines, etc.

(La suite à un prochain numéro.)

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LEGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHATELET, VILLERMÉ.

(JUILLET 1833.)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

RECHERCHES

SUR LE POIDS DE L'HOMME AUX DIFFÉRENS AGES.

(*Lues devant l'Académie royale de Bruxelles, dans la séance du 2 juin* 1833.)

Par M. A. QUETELET,

Directeur de l'Observatoire de Bruxelles, etc., etc.

Un des premiers résultats auxquels m'ont conduit mes recherches, et je le regarde comme un des plus intéressans, c'est que tout ce qui se rattache à l'espèce humaine, considérée en masse, est de l'ordre des faits physiques; c'est-à-dire que *plus le nombre des individus que l'on observe est grand, plus les particularités individuelles, soit physiques, soit morales, s'effacent et laissent prédominer la série des faits généraux qui dépendent des causes en vertu desquelles la société existe et se conserve*. Ainsi on peut appliquer à l'étude du système social les mêmes règles d'observation que l'on suit dans l'étude des sciences physiques.

Il est cependant une distinction à faire, comme je l'ai établi ailleurs.

C'est que, si le système social subit l'influence des causes, tout aussi fidèlement qu'un autre système quelconque, il porte en lui des forces morales capables de modifier cette influence, sinon puissamment, du moins d'une manière très-sensible. Ces forces morales sont le résultat de toutes les volontés individuelles; elles se développent en général d'une manière lente et progressive, et très-rarement elles agissent d'une manière brusque : il n'appartient qu'à des intelligences très-élevées de suivre leur marche, de prévoir leur mode d'action, ou de leur imprimer une direction quelconque. Ce sont ces forces morales, que j'ai nommées ailleurs *forces perturbatrices*, par opposition avec les forces de la nature, qui tendraient, en agissant seules, à rendre notre système social stationnaire et incapable d'aucune amélioration.

Si le mode d'action des forces morales, qui agissent sur notre système social, était très-variable de sa nature et produisait des effets immédiats, il est évident qu'il deviendrait impossible de l'étudier d'une manière utile et de chercher dans le passé des leçons pour l'avenir : toute espèce de prévision deviendrait impossible, et les observations d'une année seraient en pleine discordance avec celle de l'année suivante; mais tel n'est pas l'état des choses. Comme je l'ai déjà dit, ce qui se rattache à l'espèce humaine, considéré en masse, peut être regardé comme appartenant à l'ordre des faits physiques. On est obligé de reconnaître à tout instant qu'ici, comme pour les corps bruts, les effets sont proportionnels aux causes, et que les causes périodiques, par exemple, ont des effets également périodiques. C'est ce qu'on peut très-bien remarquer dans tout ce qui tient à la périodicité des saisons. Cette périodicité se manifeste sur le globe, non-seulement par les modifications qu'éprouvent la végétation, l'atmosphère et tous les agens physiques, tels que la chaleur, la lumière, le magnétisme et l'électricité, mais encore par tout ce qui se rapporte aux êtres animés. L'homme surtout subit son influence de la manière la plus singulière; et lorsque l'étude du développement de ses facultés aura été poussée plus loin, on sera certainement étonné de ne pas avoir reconnu plus tôt combien la périodicité des saisons a des effets sensibles sur ce qui concerne notre espèce, comme sur les naissances et les décès, les passions, le penchant au crime et les dispositions à l'aliénation mentale : on sait encore l'influence des saisons sur la nature et la durée des maladies. L'illustre Bouffon avait même remarqué que l'accroissement du corps de l'homme n'est pas le même en hiver et en été. Point de doute que la corrélation que je viens de signaler entre les saisons et l'énergie des différentes quantités physiques et morales de l'homme, ne s'établisse de plus en plus, par des recherches ultérieures.

En approfondissant ces recherches, j'ai cru y trouver une source féconde d'observations curieuses, soit par rapport à l'homme pris individuellement, soit par rapport au système social. J'ai reconnu, dans ce système, des lois de conservation et des propriétés d'équilible dont l'exposition me semble devoir former un jour une véritable *mécanique sociale*.

Il importe, sous ce point de vue, de déterminer dès à présent, avec la plus scrupuleuse exactitude, l'état de notre système social, du moins pour les élémens qui sont susceptibles d'une appréciation numérique, afin que nos descendans, s'ils cherchent à établir des comparaisons à différentes époques, puissent reconnaître plus tard si le système social a un mouvement progressif, et si les forces perturbatrices de l'homme peuvent compromettre sa stabilité.

C'est dans cette vue, qu'après avoir déterminé précédemment ce qui concerne la croissance de l'homme, son penchant au crime, sa reproduction, sa mortalité, etc., je me propose de faire connaître aujourd'hui le développement de son poids depuis sa naissance jusqu'à sa maturité, et les modifications qu'y apporte la vieillesse.

Quoique les idées, qui viennent d'être mises en avant, aient déjà été développées en partie dans mes publications antérieures, j'ai cru devoir les reproduire ici, en peu de mots, pour y rattacher les recherches qui font l'objet de ce Mémoire. Je dois prévenir avant tout que les observations qui servent de base à ces recherches me sont communes avec MM. Guiette, Plateau et Van Essehen, qui ont consenti à m'aider encore dans les déterminations si difficiles, des autres qualités de l'homme, telles que la force, la vitesse, etc. Je dois même avouer que, sans leur utile intervention, il m'aurait été difficile de continuer des recherches aussi pénibles et qui nécessitent les efforts réunis de plusieurs personnes.

Du poids de l'homme.

Il semble, au premier abord, que la détermination du poids de l'homme et celle de son développement aux différens âges, ne doivent être que d'un médiocre intérêt; aussi, il ne paraît point que, jusqu'à ce jour, on se soit spécialement occupé de ce sujet. L'homme n'a été étudié que sous ses rapports les plus saillans: on a négligé d'étudier simultanément ses qualités et de déterminer les modifications qui y sont apportées pour l'âge. Cet état de choses laisse d'immenses lacunes dans la science, et fait qu'on manque en général des moyens nécessaires pour résoudre un grand nombre de questions intéressantes, surtout dans ce qui concerne l'histoire naturelle de l'homme. On ignore, par exemple, à peu près complètement quels sont les rapports qui peuvent exister entre les lois du développement de ses différentes facultés, et quels sont les élémens qui prédominent à tel ou tel âge: par là, les epoques critiques de la vie ne peuvent nécessairement être déterminées que d'une manière peu exacte.

Les recherches qui ont été faites pour établir le poids de l'homme sont particulièrement relatives soit à l'époque de la naissance, soit à l'époque du développement complet; mais on ne s'est guère occupé des âges intermédiaires. Les physiologistes ont rattaché la première de ces déterminations à une question de médecine légale; ils ont même anticipé sur l'époque de la naissance et cherché à évaluer le poids du fœtus. Les physiciens, qui étudiaient l'homme comme agent mécanique, se sont plutôt occupés d'estimer son poids, lorsqu'il avait acquis son entier développement, soit pour le considérer relativement à la charge que doivent supporter certaines constructions, soit pour le considérer en lui-même comme un fardeau dont le travailleur est constamment chargé. La Hire a fait à cet égard des recherches fort remarquables et qui prouvent que le sujet qui nous occupe est loin de n'offrir qu'un intérêt de pure curiosité.

Pour montrer combien l'étude du développement progressif de l'homme est peu avancée, supposons qu'il s'agisse d'établir l'âge d'un individu pour l'ensemble de ses qualités physiques, nous ne trouverons dans la science, pour ainsi dire, aucunes ressources pour cette détermination; nous serons réduits à un empirisme effrayant. Cependant la médecine légale offre des exemples nombreux où des déterminations semblables deviennent nécessaires. On peut se demander sans doute s'il sera jamais possible de les obtenir, surtout pour les âges avancés? Cette crainte, quelque fondée qu'elle puisse paraître, ne devrait cependant pas faire rejeter ce genre de recherches: un pareil dédain serait peu philosophique. Si, aux données que fournissent l'habitude de l'observation et le coup-d'œil, on peut joindre des caractères physiques susceptibles de mesure, la prudence prescrit de ne pas les négliger. Quand un médecin est appelé pour examiner le corps d'un enfant qu'on a trouvé sans vie, et que, dans un procès-verbal, il établit, d'après la simple inspection, l'âge présumé de cet enfant, il est évident qu'il ne peut qu'imposer son jugement à ceux qui liront le procès-verbal, quelque erroné qu'il puisse être d'ailleurs, puisqu'il n'existe aucun élément de vérification. Si, au contraire, à l'appui de l'estimation que l'on a faite de l'âge, on joignait la taille et le poids de l'enfant et quelques autres caractères physiques susceptibles de mesure; et si l'on avait d'ailleurs des tables exactes qui fissent connaître, pour les différens âges, les valeurs de ces caractères physiques et les limites dans lesquelles elles se trouvent resserrées, chez les individus régulièrement conformés, le jugement porté sur l'âge serait susceptible de vérification; il deviendrait même inutile, si les élémens de vérification admettaient une grande exactitude. De pareilles appréciations ne doivent donc pas être rejetées par la médecine légale, puisqu'elles tendent à substituer des caractères précis et des données exactes aux estimations toujours vagues et souvent fautives que fournit l'empirisme.

Ainsi, abstraction faite de l'intérêt que présente la détermination des qualités de l'homme aux différens âges et dans les recherches relatives à l'homme moyen, elle peut présenter encore un élément important, comme nous le verrons mieux par la suite, pour la solution de ce problème de médecine légale: *déterminer l'âge d'un individu, après sa mort, par l'ensemble de ses qualités physiques.* Dans ce sens, le poids serait un des élémens qu'il faudrait joindre au signale-

ment des individus, et ce caractère physique prend naturellement place à côté de celui que fournit la taille.

Poids et taille des enfans nouveau-nés.

Les recherches sur la taille et le poids des enfans nouveau-nés ont été faites à l'hospice de la maternité de Saint-Pierre. L'instrument qui a servi à prendre les mesures pour les tailles, et le mécomètre de M. Chaussier; pour obtenir le poids, on a fait usage de la balance ordinaire; mais dans les différentes observations, on a tenu compte du poids des langes dans lesquels les enfans étaient enveloppés. Les valeurs moyennes obtenues pour 63 enfans mâles et 56 enfans femelles sont les suivantes :

	Poids.	Tailles.
Enfans mâles.	3 20	0m.496
— femelles. . . .	2. 91	0. 483

Ainsi, *dès la naissance, il existe une inégalité pour le poids et pour la taille entre les enfans des deux sexes, et cette inégalité est à l'avantage des garçons,* Quant à la taille, elle est à peu près la même que celle que j'avais trouvée par d'autres observations, et que j'ai fait connaître dans mon *Mémoire sur la loi de croissance de l'homme.*

En classant les nouveau-nés qui ont fourni les valeurs moyennes précédentes, d'après la grandeur du poids, on trouve :

Enfans ayant de	Garçons.	Filles.	Total.
1 à 1,5 kilog.	»	1	1
1,5 à 2	»	1	1
2 à 2,5	3	7	10
2,5 à 3	13	14	27
3 à 3,5	28	23	51
3,5 à 4	14	7	21
4 à 4,5	5	3	8
	63	56	119

Quant aux limites, elles ont présenté les valeurs suivantes :

	Garçons.	Filles.
Minimum.	2k. 34	1k.12
Maximum.	4. 50	4 25

M. le professeur Richter a fait des recherches semblables à celles qui précèdent, à l'hospice de la maternité de Moscou (1), et, d'après ses observations sur 44 enfans nouveau-nés, dont les sexes ne sont pas désignés, les valeurs moyennes ont été de 9 livres 1/15 pour le poids, et de 18 pouces 1/2 de Paris pour la taille. Nous regrettons de ne pas connaître la valeur du poids dont il a été fait usage; quant à la taille, qui est de 0m, 501 en nouvelles mesures, elle offre à peu près exactement la même valeur que celle que nous avons trouvée pour les garçons. Les valeurs-limites obtenues par M. Richter, sont les suivantes :

	Poids.	Taille.
Minimum.	5 liv.	21 pouc.
Maximum.	11 »	15 »

Ainsi, le poids a varié dans des limites qui sont comme 1 est à 2, ainsi que nous l'avons trouvé à Bruxelles pour les garçons. Les limites pour la taille sont plus resserrées et présentent des valeurs qui s'écartent aussi fort peu de celles que nous avons obtenues.

Du reste, les limites peuvent différer assez sensiblement de la moyenne, surtout pour les poids. On lit dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à l'article FOETUS. « Les recherches faites à l'hôpital de la Maternité sur plus de vingt mille enfans prouvent qu'un enfant, né à terme et bien constitué, pèse ordinairemen 6 livres et 1/4.... On n'a vu dans cet hôpital qu'un très petit nombre d'enfans du poids de 10 livres 1/2; d'autres, du poids seulement de 3 livres, de 2 livres et quelques onces. » Cette valeur de 6 livres et 1/4 ou de 3k.059, obtenue par un si grand nombre d'observations, s'accorde très-bien avec la valeur 3k.055 que nous avons obtenue pour Bruxelles, en ne faisant aucune distinction de sexes; les valeurs-limites offrent également des différences peu sensibles.

Il est remarquable que les savans qui se sont occupés de rechercher le poids et la taille des enfans nouveau-nés, aient eu si peu égard à la différence des sexes. Quoique nos résultats ne soient pas déduits d'un nombre d'observations aussi grand qu'on pourrait le désirer, cependant nous croyons pouvoir en conclure, avec une probabilité suffisante, que les valeurs moyennes pour les poids et les tailles des enfans des deux sexes offrent une différence très-sensible.

D'après toutes les recherches qui ont été faites sur les relations qui peuvent exister entre le poids et l'âge du fœtus, il paraît que les rapports présentent tant d'incertitude qu'on ne peut guère en faire usage.

C'est M. Chaussier, si je ne me trompe, qui a fait la remarque que l'enfant diminue un peu de poids immédiatement après sa naissance. Cette remarque curieuse méritait d'être vérifiée avec soin : malheureusement je n'ai pu me procurer que sept séries d'observations qui ne vont pas au-delà du septième jour après la naissance. Les moyennes calculées pour chaque jour présentent les valeurs suivantes :

	Poids de l'enfant.
Après la naissance.	3k. 126
Au 2e jour	3. 057
— 3e —	3. 017
— 4e —	3. 035
— 5e —	3. 039
— 6e —	3. 035
— 7e —	3. 060

Il paraît donc effectivement, d'après ces nombres, que *le poids de l'enfant diminue un peu, immédiate-*

(1) *Synops. praxis. medico-obstetriciæ*, 1810.

ment après sa naissance, et qu'il ne commencerait à croître d'une manière sensible qu'après la première semaine.

Du poids de l'homme et de la femme aux différens âges.

Nous venons de voir que, dès la naissance, il existe une inégalité entre les poids des enfans des deux sexes; nous allons rechercher maintenant si cette inégalité se reproduit aux différens âges, et examiner les modifications qu'elle subit. J'ai déjà fait connaître des résultats analogues pour la taille dans mon *Mémoire sur la loi de croissance*, etc.; j'ai cru utile néanmoins de reproduire ici les nouveaux nombres qui ont été obtenus sur les individus des deux sexes que l'on observait pour la détermination du poids. Il était intéressant de faire marcher de front le développement de ces deux élémens chez les mêmes individus.

Dans les estimations des poids, nous avons généralement fait usage de la balance de Sanctorius. Comme cette balance est moins sensible quand elle est peu chargée, et qu'il importe d'ailleurs de prendre de grandes précautions pour le placement du corps dont on veut estimer la pesanteur, les enfans en bas âge ont été presque constamment pesés sur les bras de personnes dont on connaissait déjà le poids avant de les faire monter sur le plateau de la balance.

Les observations sur les enfans de quatre à douze ans ont eu lieu dans la plupart des écoles de Bruxelles et à l'hospice des orphelines. Les poids des jeunes gens ont été pris plus particulièrement dans les colléges et à l'école de médecine de Bruxelles. Pour les âges plus avancés, des individus des différentes classes ont concouru aux expériences, quoique ceux des classes inférieures aient été moins nombreux.

Quant aux vieillards, les poids ont été pris en grande partie dans le vaste et magnifique hospice qui a été récemment construit à Bruxelles. . . . . .

. . . . . .

(Après ces détails, M. Quetelet donne les résultats de ces recherches tels que l'observation les lui a fournis, dans des tableaux dont la première colonne indique l'âge, la seconde et la troisième la valeur moyenne de la taille et du poids qui correspondent aux différens âges, la quatrième les rapports du poids à la taille, et les autres colonnes, le *maximum* et le *minimum* de la taille et du poids pour les individus régulièrement conformés. Mais on regrette de n'y point trouver, pour chaque âge, le nombre des individus qui ont servi aux observations.

C'est bien malgré nous que nous ne copions point ici les tableaux dont on vient de parler, mais leur longueur et le nombre des colonnes dont ils se composent, ne nous le permettent pas. On les trouvera d'ailleurs dans le prochain volume des Mémoires de l'Académie royale de Bruxelles, où le savant auteur insère son travail avec tous les développemens dont il l'a accompagné.

Les nombres contenus dans les tableaux supprimés ici, sont tels, on vient de le dire, qu'ils ont été obtenus directement par l'observation. Mais ces nombres, dit l'auteur, doivent subir nécessairement deux corrections:)

L'une provenant de ce que les personnes, soumises aux expériences, ont toujours été pesées avec leurs vêtemens, et l'autre de ce que les observations n'ont pas été faites également sur des individus de toutes les classes de la société.

La première cause d'erreur qui vient d'être signalée peut être écartée ou du moins atténuée jusqu'à un certain point. Le poids moyen des vêtemens aux différens âges peut en effet être déterminé d'une manière assez précise par l'expérience, et il suffit alors de retrancher sa valeur de chacun des nombres correspondans de la table des poids. D'après différentes expériences établies à cet égard, je crois pouvoir admettre, sans m'écarter trop de la vérité, que le poids moyen des vêtemens, aux différens âges, est la dix-huitième partie du poids total pour l'homme, et la vingt-quatrième partie du poids total pour la femme. C'est en partant de cette évaluation que j'ai corrigé les nombres des tableaux précédens, excepté pour les enfans nouveau-nés, puisque les nombres avaient déjà subi cette correction par une expérience directe, immédiatement après la pesée de ces nouveau-nés.

La seconde cause d'erreur peut également être écartée: nous verrons bientôt en effet que, chez les individus de même âge, le poids peut être considéré comme étant dans un rapport assez constant avec la taille. Il suffit alors de connaître les rapport consignés dans la quatrième colonne des tableaux précédens, et d'avoir une bonne table générale de la croissance, pour en déduire la table correspondante des poids. C'est en faisant usage de la *table des croissances* que j'ai publiée précédemment et que j'avais construite avec des élémens recueillis dans toutes les classes de la société, que j'ai calculé la table suivante où j'ai aussi tenu compte de la correction relative aux vêtemens.

ÉCHELLES DU DÉVELOPPEMENT DE LA TAILLE ET DU POIDS.

AGES.	HOMMES.		FEMMES.	
	TAILLE.	POIDS.	TAILLE.	POIDS.
	m.	k.	m.	k.
0	0,500	3,20	0,490	2,91
1	0,698	9,45	0,690	8,79
2	0,791	11,34	0,781	10,67
3	0,864	12,47	0,852	11,79
4	0,928	14,23	0,915	13,00
5	0,988	15,77	0,974	14,36
6	1,047	17,24	1,031	16,00
7	1,105	19,10	1,086	17,54
8	1,162	20,76	1,141	19,08
9	1,219	22,65	1,195	21,36
10	1,275	24,52	1,248	23,52
11	1,330	27,10	1,299	25,65
12	1,385	29,82	1,353	29,82
13	1,439	34,38	1,403	32,94
14	1,493	38,76	1,453	36,70
15	1,546	43,62	1,499	40,37
16	1,594	49,67	1,535	43,57
17	1,634	52,85	1,555	47,31
18	1,658	57,85	1,564	51,03
20	1,674	60,06	1,572	52,28
25	1,680	62,93	1,577	53,28
30	1,684	63,65	1,579	54,33
40	1,684	63,67	1,579	55,23
50	1,674	63,46	1,536	56,16
60	1,639	61,94	1,516	54,30
70	1,623	59,52	1,514	51,51
80	1,613	57,83	1,506	49,37
90	1,613	57,83	1,505	49,34

Pour rendre les résultats précédens plus sensibles, j'ai construit deux lignes qui représentent l'accroissement de poids que prennent l'homme et la femme aux différens âges : ces lignes ont pour abscisses les âges et pour ordonnées les poids correspondans. On s'aperçoit au premier coup-d'œil qu'*à égalité d'âge, l'homme est généralement plus pesant que la femme ; vers l'âge de douze ans seulement, un individu de l'un ou de l'autre sexe a le même poids.* Cette circonstance est due à ce que, jusqu'au moment de la puberté, le développement du poids est peu considérable chez les deux sexes, et qu'au contraire il devient très-sensible vers cette époque. Or, comme la puberté arrive plus tôt chez les femmes, cette accélération fait disparaître momentanément l'inégalité de poids qui existait entre les enfans des deux sexes, et qui est, pour les enfans de 1 à 11 ans, de 1 kil. à 1 kil. et demi. La différence de poids pour les deux sexes est plus considérable chez les personnes adultes; elle est de 5 kil. environ de 16 à 20 ans et de plus de 7 après cette époque.

L'homme atteint le maximum de son poids vers 40 *ans ; et il commence à perdre d'une manière assez sensible vers* 60 *ans : à l'âge de* 80 *ans, il a perdu environ* 6 *kil. de son poids. Sa taille a aussi sensiblement diminué ; cette diminution est d'environ* 7 *centimètres.*

La même observation a lieu à l'égard des femmes : dans la vieillesse, elles perdent, en général, environ 6 à 2 kil. de leur poids et 7 centimètres de leur taille. Nous avons eu soin de ne pas comprendre dans ces évaluations les individus rachitiques, ou mal conformés, ou même ceux qui étaient voûtés de manière à ne pas pouvoir se redresser pendant quelques instans.

La femme parvient au maximum de son poids plus tard que l'homme ; c'est vers l'âge de 50 *ans qu'elle pèse le plus ;* à partir le l'âge de 19 ans environ, le développement de son poids est à peu près stationnaire, jusqu'à l'époque où elle cesse de procréér.

Les limites extrêmes des poids des individus régulièrement conformés ont été de 49,1 kil., et 98,5 pour les hommes ; et pour les femmes, de 39,8 kil. et de 93,8.

Les limites des tailles ont été de 1^m,467 et 1^m,890 chez les hommes, et de 1^m,444 et 1^m,740 chez les femmes.

Le poids moyen à dix-neuf ans est à peu près celui des vieillards chez les deux sexes.

Quand l'homme et la femme ont pris leur développement complet, ils pèsent à peu près exactement vingt fois autant qu'au moment de la naissance; tandis que la taille n'est qu'environ trois fois et un quart ce qu'elle était à la même époque.

Un an après leur naissance, les enfans des deux sexes ont triplé leur poids; les garçons pèsent 9 kil. 45, et les filles 8 kil. 79. Il leur faut ensuite 6 ans pour doubler ces derniers poids, et treize pour les quadrupler.

Immédiatement avant la puberté, l'homme et la femme pèsent la moitié du poids qu'ils auront après leur développement complet.

Relations entre les tailles et les poids de l'homme et de la femme.

Si l'homme croissait également dans toutes ses dimensions, les poids seraient aux différens âges comme les cubes des tailles. Or, ce n'est pas ce que l'on observe effectivement. L'accroissement du poids est moins rapide, excepté pendant la première année qui suit la naissance; alors la proportion que nous venons d'indiquer s'observe assez régulièrement; mais après cette époque et jusque vers l'âge de la puberté, les poids croissent à peu près comme les carrés des tailles. Le développement du poids devient encore très-rapide à l'époque de la puberté, et s'arrête à peu près vers 25 ans. En général, on s'écarte peu de la vérité, en posant que, *pendant le développement, les carrés des poids aux différens âges sont comme les cinquièmes puissances des tailles.* Ce qui conduit naturellement à cette conclusion, en supposant la pesanteur spécifique constante, que l'accroissement transversal chez l'homme est moins fort que l'accroissement en hauteur.

Si nous comparons maintenant entre eux les individus entièrement développés et régulièrement construits, pour connaître les relations qui peuvent exister entre le poids et la taille, nous trouverons que *les poids chez les individus développés et de hauteurs différentes, sont à peu près comme les carrés de tailles.* D'où il suit naturellement que *la section transversale comprenant la largeur et l'épaisseur, est simplement comme la hauteur de l'homme.* On conclut encore de là que, proportion gardée, l'ampleur prédomine particulièrement chez les individus de petite taille.

En prenant les douze individus les plus petits pour l'un et l'autre sexe, et les douze individus les plus grands parmi tous ceux qui ont été soumis à nos observations, nous avons obtenu les valeurs suivantes pour les moyennes des tailles et des rapports du poids à la taille.

Hommes.	Taille.	Rapport du poids à la taille.
Les plus petits. . . .	1m.511	36.7
Les plus grands. . . .	1. 822	41.4
Femmes.		
Les plus petites. . . .	1. 456	35.6
Les plus grandes. . .	1. 672	38.0

Ainsi les tailles ont varié, pour les hommes et les femmes entièrement développés et régulièrement construits, dans des limites qui sont comme 5 est à 6 environ; il en est à peu près de même des rapports du poids à la taille pour les deux sexes : d'où suit naturellement, comme nous l'avons déjà dit plus haut, que les poids sont comme les carrés des tailles.

Supposons maintenant qu'on ait groupé les individus, non d'après les âges, mais d'après les tailles, et qu'on ait pris la moyenne des poids pour chaque groupe, par exemple, en allant de dix en dix centimètres : on aura d'abord des groupes d'enfans; puis des groupes d'enfans auxquels se mêleront des personnes adultes, ce qui aura lieu chez les hommes pour des tailles à partir de 1m,47 environ, et pour les femmes, à partir de 1m,41. Si l'on réduit ensuite ces nombres en table, on parviendra aux résultats suivans, déduction du poids des habits :

RELATIONS ENTRE LES TAILLES ET LES POIDS.

TAILLES.	HOMMES.		FEMMES.	
	POIDS.	RAPPORT.	POIDS.	RAPPORT.
A la naiss.	3,20	6,19	2,91	6,03
0m,60	6,20	10,33	?	
0, 70	9,30	13,27	9,06	12,94
0, 80	11,36	14,20	11,21	14,01
0, 90	13,50	15,00	13,42	14,91
1, 00	15,90	15,90	15,82	15,82
1, 10	18,50	16,82	18,30	16,64
1, 20	21,72	18,10	21,51	17,82
1, 30	26,63	20,04	26,83	20,64
1, 40	34,48	24,63	37,28	26,63
1, 50	46,29	30,86	48,00	32,00
1, 60	57,15	35,72	56,73	35,45
1, 70	63,28	37,22	65,20	38,35
1, 80	70,61	39,23		
1, 90	75,56	39,77		

On voit qu'à égalité de taille, la femme pèse un peu moins que l'homme avant d'avoir la hauteur de 1 mètre 3 décimètres, ce qui correspond à peu près à l'âge de la puberté; et qu'elle pèse un peu plus pour les tailles plus élevées. Cette différence provient en grande partie de ce que des personnes âgées se mêlent plus tôt aux groupes de taille médiocre chez les femmes; que chez les hommes; et qu'à parité de taille, comme nous l'avons déjà vu, les personnes âgées pèsent plus que les jeunes gens.

Pour faire une application de ce qui précède à la détermination de l'âge d'un individu *non adulte*, par la connaissance du poids et de la taille, supposons que cet individu ait 1m,23 de hauteur et 24 kil. de poids, et que de plus il soit du sexe masculin, nous verrons d'abord, par la table précédente, qu'il a un petit excès de poids par rapport à sa taille : l'avant-dernier tableau nous apprend ensuite qu'en ne consultant que la taille, il doit avoir un peu plus de neuf ans, et en ne consultant que le poids, il aurait un peu moins de dix ans : de sorte qu'on peut dire avec beaucoup de probabilité que l'individu en question doit avoir de neuf à dix ans.

CONCLUSIONS.

En résumant les principaux résultats que renferme ce Mémoire, on est conduit aux conclusions suivantes.

1° Dès la naissance, il existe une inégalité, pour le poids et pour la taille, entre les enfans des deux sexes, le poids moyen des garçons est de 3 kil. 20; celui des filles de 2 kil. 91; la taille des garçons était de 0m, 496, et celle des filles 0m, 483.

2° Le poids de l'enfant diminue un peu jusque vers le troisième jour après la naissance; et il ne commence à croître sensiblement qu'après la première semaine.

3° A égalité d'âge l'homme est généralement plus pesant que la femme; vers l'âge de douze ans seulement, un individu de l'un et de l'autre sexe a le même poids. Entre 1 et 11 ans, la différence de poids est de 1 kilogramme à 1 kilogramme et demi; entre 16 et 20 ans, elle est de 6 kilogrammes environ; et, après cette époque, de 8 à 9 kilogrammes.

4° Quand l'homme et la femme ont pris leur développement complet, ils pèsent à peu près exactement vingt fois autant qu'au moment de la naissance; et leur taille n'est qu'environ trois fois et un quart ce qu'elle était à la même époque.

5° Dans la vieillesse, l'homme et la femme perdent environ six à sept kilogrammes de leur poids et sept centimètres de leur taille.

6° Pendant le développement des individus des deux sexes, on peut regarder les carrés des poids, aux différens âges, comme proportionnels aux cinquièmes puissances des tailles.

7° Après le développement complet des individus des deux sexes, les poids sont à peu près comme les carrés des tailles.

On déduit des deux relations précédentes, que l'accroissement en hauteur est plus grand que l'accroissement transversal comprenant la largeur et l'épaisseur.

8° L'homme atteint le maximum de son poids vers 40 ans, et il commence à perdre d'une manière sensible vers l'âge de 60 ans.

9° La femme n'atteint le maximum de son poids que vers l'âge de 50 ans. Pendant le temps de sa fécondité, c'est-à-dire entre 18 et 40 ans, son poids augmente d'une manière peu sensible.

10° Les poids des individus qui ont été mesurés et qui étaient entièrement développés et régulièrement construits, ont varié dans des limites qui sont comme 1 est à 2 environ, tandis que les tailles n'ont varié que dans des limites qui étaient au plus comme 1 est à 1 et un tiers. C'est ce qu'on déduit des valeurs suivantes, données par l'observation :

	Maximum.		Minimum.		Moyenne.	
Poids de l'homme.	kil.	98.5	kil.	49.1	kil.	63.7
— de la femme.		93.5		63.7		55.2
Taille de l'homme.	mèt.	1.990	mèt.	1.740	mèt.	1.684
— de la femme.		1.740		1.408		1.579

11° A égalité de taille, la femme pèse un peu moins que l'homme avant d'avoir la hauteur de 1m, 3, qui correspond à peu près à l'âge de puberté; et elle pèse un peu plus pour les tailles élevées.

12° Le poids moyen d'un individu, quand on ne considère ni le sexe ni l'âge, est de 44.7 kilogrammes et en tenant compte des sexes, il est de 47 kilogrammes pour les hommes, et de 42,5 kilogrammes pour les femmes.

RAPPORT

FAIT AU CONSEIL DE SALUBRITÉ

Sur les nouveaux procédés de MM. Salmon et Payen et compagnie, pour la dessiccation des chevaux morts et la désinfection instantanée des matières fécales;

Par

MM. D'ARCET, HUZARD FILS ET PARENT-DUCHATELET

(RAPPORTEUR).

Nous aurons d'abord deux questions à résoudre : peut-on, par les moyens de l'art, détruire instantanément l'odeur infecte des matières fécales, les solidifier, et par ce changement de nature rendre inutile leur dépôt dans des voieries et faciliter leur transport à des distances illimitées; peut-on, par d'autres moyens, obtenir le même résultat pour les cadavres des chevaux, qui, par leur décomposition, triplent et quadruplent aujourd'hui les inconvéniens de la voirie de Montfaucon et les rendent intolérables !

Deux chimistes manufacturiers, MM. Salmon et Payen, ont tenté de résoudre ces questions; ils pré-

(1) Nous supprimons dans ce rapport tous les détails d'intérêt local, et nous ne donnons que ceux qui peuvent intéresser les médecins belges.

tendent y être parvenus, et réclament aujourd'hui, auprès de l'administration, l'autorisation nécessaire pour exercer ces deux nouvelles branches d'industrie; chargés d'examiner et d'étudier cette affaire, nous allons rendre compte de ce que nous avons vu, des recherches que nous avons faites, et des renseignemens que nous avons obtenus.

Pour mettre de l'ordre dans ce travail, il faut examiner séparément les deux branches d'industrie que les pétitionnaires ont améliorées, et après les avoir étudiées, les examiner de nouveau dans leur ensemble et comme formant une vaste manufacture où elles sont toutes deux exploitées. Commençons par ce qui regarde les chevaux morts.

Depuis un temps immémorial, on se contente à Montfaucon, et dans toutes les autres localités de la France, d'enlever la peau et quelques produits des animaux qui y sont amenés; on ne tire aucun parti des chairs musculaires, du sang et de toutes les issues, pourrissent pour la majeure partie à la surface du sol et répandent au loin une infection qu'il est impossible de décrire et qui à elle seule nuit plus au voisinage, que la voirie tout entière.

Ce n'est pas ainsi que procèdent MM. Salmon, Payen et compagnie: dans les ateliers de ces industriels, le sang des animaux est recueilli avec soin, et, lorsque la peau et tous les produits utiles aux arts ont été enlevés, le cadavre coupé en morceaux, est porté dans une caisse de fer, ainsi que le sang et toutes les issues; cette caisse assez grande pour contenir quatre chevaux, est mise en communication avec une chaudière à vapeur, dont la tension est poussée à un degré convenable. On conçoit aisément ce qui doit arriver dans cette opération: d'après la théorie des auteurs, la vapeur élevée à une haute température agit sur les chairs, les détache des os, et blanchit ceux-ci en leur enlevant une portion de la graisse qu'ils contiennent. Dans l'espace d'une heure et demie à deux heures, l'opération est terminée, et l'on a pour résidu, d'un côté des os parfaitement décharnés, et de l'autre des chairs dont les parties n'ont plus de consistance et dont on peut donner une idée, en disant qu'elles sont réduites à l'état de *marmelade*. Ces chairs soumises, comme le sont les graines oléagineuses, à l'action de la presse hydraulique, sont entièrement privées des parties liquides qu'elles contenaient, et l'on obtient, par ce moyen, des *tourteaux* semblables à ceux de noix ou de colza, et un liquide surmonté de toute l'huile que renfermaient les chairs et les os; cette huile est ramassée, et les parties aqueuses converties en engrais par les procédés que les pétionnaires ont mis en usage pour dessécher les matières fécales, ou bien envoyées à la voirie.

La rapidité avec laquelle se pratique cette opération n'est pas ce qui la fait le plus remarquer, elle se recommande surtout par l'état dans lequel elle laisse les chairs, qui ne répandent plus d'odeur, et qui, mises de cette manière à l'abri de la putréfaction, peuvent être conservées pendant un temps illimité, et transportés facilement à des distances immenses, pour servir ensuite à la nourriture des animaux, à l'engrais des terres, ou aux produits chimiques.

Cet exposé rapide suffit pour faire connaître combien ce nouveau procédé l'emporte sur l'ancien; les commissaires chargés de l'examiner ne craignent pas de dire que, par ce moyen, les chantiers d'écarrissage deviendront peut-être moins désagréables pour le voisinage, que beaucoup d'autres fabriques, et que, par conséquent, il fera passer dans la seconde classe des établissemens insalubres et désagréables, le plus infect et le plus désagréable des établissemens. Sous le rapport de la salubrité; MM. Salmon, Payen et compagnie, se sont donc rendus dignes de toute la bienveillance de l'administration.

Passons à l'examen des essais tentés par les mêmes manufacturiers, sur l'assainissement des matières fécales.

Devant les commissaires, MM. Salmon, Payen et compagnie ont fait verser dans une augette, deux seaux de matières liquides provenant des vidanges, ils ont jeté sur cette matière une poudre carbonisée absorbante, et, dans l'espace de deux minutes, montre à la main, la désinfection a été si complète, que les commissaires ont pu prendre des poignées de cette nouvelle substance, la porter à leur nez, et ne plus y reconnaître qu'une légère odeur ammoniacale franche et sans la moindre trace de matière animale, tant l'opération avait été prompte et complète; les mains mêmes de l'ouvrier, qui avait brassé et malaxé le tout étaient exemptes de toute odeur.

Les commissaires ont fait répéter l'expérience sur un tonneau entier de matière fécale, et, dans l'espace de cinq minutes, les résultats ont été aussi satisfaisans que dans l'expérience faite en petit.

La commission ne s'est pas contentée de visiter une fois et comme en passant l'atelier de MM. Salmon, Payen et compagnie. Pénétrée de l'importance des opérations dont on la rendait témoin, elle est revenue plusieurs fois, à des jours et à des heures différentes, sans donner avis de son arrivée, et ce qu'elle avait vu à la première visite, elle l'a constaté de nouveau dans toutes les suivantes.

Quelle est la substance capable de produire des effets aussi avantageux? Les commissaires respectent le secret qu'ont voulu garder les inventeurs; tout ce qu'ils savent et ce qu'ils peuvent dire, c'est que cette substance, quoique composée par l'art, est extrêmement commune, et que, si l'exploitation des matières fécales en exigeait mille à douze cents hectolitres par jour, il serait facile à la compagnie de se les procurer.

La propriété désinfectante de cette substance est telle, qu'elle détruit l'odeur des *boyaux* putréfiés aussi facilement que celles des matières fécales, c'est ce que les commissaires ont vu plusieurs fois avec surprise, car est-il au monde une substance dont l'infection soit plus grande que celle qu'exhale, en cet état, cette substance animale? Nous défions de voir une expérience plus concluante.

Ce n'est pas sur un seau ou sur un tonneau de matières fécales qu'opèrent habituellement MM. Salmon, Payen et compagnie, c'est souvent sur un très-grand nombre qu'ils agissent à-la-fois; ils forment avec leur substance absorbante et désinfectante des bassins immenses, ils y *boulent*, à la manière des maçons, toutes les matières liquides qu'on y verse, et dans l'espace d'une heure, à l'aide de quelques ouvriers,

cette quantité de tonneaux de matières liquides et infectes, est convertie en un terreau parfaitement inodore; qui le croirait? Cette grande manipulation se fait sans dégagement d'odeur sensible au dehors, il en est de même du versement des matières dans les bassins, par le moyen de la poudre qu'on y jette en même temps; c'est ce qu'ont pu constater tous les membres de la commission.

Si nous vantions précédemment, les procédés de MM. Salmon, Payen et compagnie pour le perfectionnement de l'écarrissage, et si nous parlions des services qu'ils vont rendre, par cette innovation, tant à la salubrité qu'à l'administration, nous devons pour être justes, donner de plus grands éloges à cette nouvelle manière de traiter les matières fécales et de les réduire instantanément en poudrette; par ce nouveau procédé, les voiries vont devenir inutiles, et il ne sera plus nécessaire d'étaler les matières fécales sur des surfaces immenses, afin de les dessécher, et comme cette fabrication est, pour ainsi dire, sans odeur, on pourra, sans inconvénient, la tolérer ou l'autoriser, partout où l'on permet l'établissement des fabriques de seconde classe; les magasins de chiffons, les fonderies de suif, les tanneries, les épurations d'huiles, les raffineries de sucre et de salpêtre qui appartiennent à cette classe, nous paraissent plus désagréables par les émanations qu'elles répandent, que l'atelier dans lequel nous avons vu se pratiquer la désinfection de masses énormes de matières stercorales.

Ces perfectionnemens dans les opérations de l'écarrissage et dans la manière de traiter les produits des vidanges, constituent deux nouvelles branches d'industrie, qui peuvent acquérir une importance très-grande et que les inventeurs vont exploiter en société dans le même local, sous la raison *Salmon Payen* et *Lupé*. Le brevet d'invention obtenu par MM. Payen et compagnie ne les dispensant pas de se munir d'une autorisation particulière, ils en ont fait la demande à la préfecture de police, au mois d'octobre dernier, et toutes les formalités requises pour les établissemens de première classe ont été à l'instant remplies.

La commission pense que l'administration doit encourager de tout son pouvoir, les procédés de MM. Salmon et compagnie, et qu'en leur imposant les réserves et les conditions que demande la prudence, on peut leur accorder provisoirement l'autorisation qu'ils sollicitent.

Dans l'exposé de ces réserves et de ces conditions, il faut de nouveau établir une distinction entre le traitement des chevaux et celui des matières fécales. Ces conditions sont pour les chevaux.

1° De n'en traiter que douze par jour, en spécifiant bien qu'on ne pourra pas laisser chaumer la fabrique pendant trois ou quatre jours, pour en traiter ensuite trente-six ou quarante-huit à-la-fois, mais seulement douze tous les jours.

2° Que tous les produits qui peuvent servir aux arts, comme la peau, les os, les tendons; etc. ne séjourneront jamais plus d'un jour dans l'établissement.

3° Que toutes les issues et parties charnues seront traitées par l'ébullition et complètement assainies, soit par le dessèchement, soit par la matière absorbante et désinfectante.

4° Que les graisses, s'ils en recueillent, seront fondues par les procédés perfectionnés, aujourd'hui en vigueur.

5° Que les *tourteaux*, et résidus, seront assez exprimés, pour qu'ils ne s'altèrent pas et qu'ils ne rendent pas de mauvaise odeur, dans les étuves et les séchoirs.

6° Que, s'ils ne mêlent pas les eaux de coctions aux matières fécales, pour les traiter de la même manière, et les convertir en poudrette, ils les enverront à la rivière et cela de telle manière qu'il n'altèrent en rien la propreté et la salubrité de la rive.

7° Que leur abattoir soit pavé, et tenu en tout temps dans un état de propreté semblable à celui que l'on exige dans les abattoirs destinés aux bouchers.

8° Qu'ils ne se livrent jamais, soit au dedans soit au dehors de leur établissement à la production des asticots, et que, s'ils veulent vendre quelques parties des chairs pour la nourriture des animaux, soit en dedans, soit en dehors de Paris, ils seront obligés de se munir, pour cela, d'une autorisation spéciale qui fera l'objet d'une demande particulière.

La commission est persuadée, qu'avec ces restrictions, ce nouveau mode d'écarrissage ne nuira en rien à la salubrité des environs de la fabrique; si elle propose de limiter provisoirement le nombre des chevaux que l'on pourra y traiter, c'est par mesure de prudence, et pour montrer aux opposans que si l'autorité ne fait pas droit à leurs réclamations, elle n'en est pas moins attentive à leurs intérêts et qu'elle ne sacrifie pas tout à l'industrie, comme on les en accuse sans cesse; si elle demande de limiter à une année l'autorisation conditionnelle, qu'elle propose d'accorder aux pétitionnaires, c'est pour avoir le temps d'étudier cette affaire, d'accoutumer les voisins à la présence de la fabrique, et surtout pour forcer les fabricans à perfectionner encore, s'il est possible, les procédés ingénieux qu'ils ont découverts.

Quelques-unes de ces réserves doivent être appliquées à la confection de la nouvelle poudrette; ainsi nous proposons: 1° de limiter à deux cents hectolitres, par jour, la quantité de matières liquides que la compagnie pourra traiter dans son établissement.

2° De lui imposer l'obligation de traiter et de désinfecter ces matières aussitôt après leur arrivée, et de n'en jamais accumuler d'un jour sur un autre.

3° De désinfecter les vases et tinettes par le moyen de leur procédé, au moment de l'enlèvement, de manière que dans le trajet, on ne puisse pas s'apercevoir de leur présence.

4° De désinfecter de la même manière, les charrettes et tout l'attirail qui leur est nécessaire.

5° De faire en sorte que les tas de poudrette préparée, s'il s'en accumule dans leurs établissemens, ne répandent jamais de mauvaise odeur.

6° Enfin, d'avoir toujours, sur les voitures, un sac rempli de poudre désinfectante, pour obvier aux inconvéniens des fuites et des accidens qui pourraient avoir lieu dans le transport, par les raisons exposées ci-dessus. La commission pense qu'il faut aussi borner à une année l'autorisation demandée pour cette nouvelle branche d'industrie, et profiter de ce délai, pour soumettre la fabrique à une observation attentive et

souvent répétée ; elle croit ces restrictions nécessaires, parce qu'il s'agit de deux industries nouvelles dont on ne connaît pas encore bien les résultats, et surtout parce que le local dans lequel on les emploie, est mal choisi et sous les vents qui soufflent habituellement sur Paris. Au bout d'une année, l'administration pourra faire une enquête, et d'après les résultats, supprimer l'établissement, ou permettre une extension limitée ou illimitée.

RAPPORT

Fait au conseil de salubrité sur les inconvéniens que présente le battage des tapis.

Par M. Parent-Duchatelet (1).

Monsieur le préfet,

Un batteur de tapis, M. V..... vous a demandé l'autorisation d'établir ses magasins et d'exercer son industrie, dans un local qu'il dispose à cet effet, dans la rue de Murbeuf, à Chaillot.

Le commissaire de police du quartier et l'architecte de la petite voirie, considérant la grande étendue de terrains vagues et peu habités, au milieu desquels se trouve l'emplacement choisi par le sieur V....., ont pensé que cet industriel ne nuirait pas aux voisins, et ont en conséquence donné dans leurs rapports, des avis qui lui sont favorables.

Cette opinion du commissaire de police et de l'architecte de préfecture, n'a pas été partagée par les voisins du sieur V..... et par les nombreux propriétaires de terrains disséminés dans un rayon de *cinq* ou *six cents* pas, non-seulement ils ont consigné leurs plaintes dans le procès-verbal d'enquête, dressé par le commissaire de police, ils les ont encore reproduites en termes énergiques, dans une pétition qu'ils vous ont directement adressée.

Le nombre et la position sociale des plaignans, l'importance qu'ils attachent à cette affaire, les démarches qu'ils multiplient, et l'énergie qu'ils déploient, ont fait penser au conseil de salubrité qu'il ne fallait pas assimiler à un établissement ordinaire, celui que veut fonder le sieur V.....; en conséquence, il a chargé cinq de ses membres de visiter le local et de s'entendre pour cela, non-seulement avec les parties intéressées, mais encore avec les deux commissaires de police de Chaillot et des Champs-Élysées : cette commission s'est transportée sur les lieux le 30 du mois dernier, elle a examiné avec soin toutes les dispositions, elle a écouté les observations qui lui ont été faites, et après une discussion sérieuse, elle consigne, dans le rapport suivant l'opinion qu'elle a dû se former.

On peut ranger dans trois catégories distinctes les motifs d'opposition allégués.

L'insalubrité,

L'incommodité,

Et la dépréciation des terrains et des habitations voisines.

Sous le rapport de l'insalubrité, les opposans prétendent que la poussière qui sort de ces tapis, n'est composée que de déjections animales, de teignes et de vermine qui, emportées par l'air, détruisent promptement, non-seulement les meubles, *mais encore les arbres et les plantes ;* qu'elle absorbe et porte avec elle les principes de maladies diverses ; qu'elle cause des ophthalmies, des toux, des irritations de poitrine et que les parcelles *laineuses* qu'elle entraîne avec elle, donnent naissance à des crachemens de sang, qui se terminent par la phthisie ; ils apportent en preuve de ce qu'ils avancent, les ouvriers occupés au battage des tapis, que l'on ne trouve que difficilement, qui sont payés fort cher, qui restent pâles, maigres et qui ne peuvent se soustraire à l'asthme et autres maladies de poitrine.

Nous ne nous arrêterons pas à combattre l'opinion des opposans, sur les inconvéniens que peuvent avoir pour *les arbres et les plantes*, les mites qui sortent des tapis et leur transport à une grande distance par le moyen de l'atmosphère, les notions les plus superficielles d'histoire naturelle leur auraient appris, combien est futile, pour ne pas dire ridicule, une pareille objection ; l'administration ne doit donc pas s'en occuper.

Sous le rapport de l'influence que la poussière peut avoir sur la santé, la question devient plus grave ; il est en effet généralement admis, que la poussière et surtout les duvets et détritus laineux, nuisent à la poitrine de ceux qui les respirent ; cette opinion est consignée dans les ouvrages de ceux qui ont recherché quelle pouvait être, sur la santé, l'influence des professions, elle est enseignée dans les chaires et dans les cours de cliniques et n'a pas jusqu'ici trouvé de contradicteur. Ne paraît-il pas, en effet, de toute évidence, que des corps qui entrent dans la poitrine doivent l'irriter, et par cette excitation long-temps continuée, déterminer des lésions plus ou moins graves, dans un organe aussi délicat et aussi important que le poumon : cette théorie si spécieuse est-elle bien fondée sur l'observation ? Il est permis d'en douter, nous allons citer à ce sujet quelques observations faites en grand, et qui, si elles ne résolvent pas la question d'une manière complète, peuvent au moins l'éclairer.

Nous avons visité dans tous les hôpitaux et hospices de Paris, les ateliers où sont battus les matelas sur lesquels sont morts un grand nombre d'individus,

---

(1) Ce rapport n'étant pas, dans l'origine, destiné à l'impression, je n'y ai mis que ce qui était nécessaire pour faire connaître à l'administration la nature de l'industrie sur laquelle elle avait à statuer et lui permettre de décider avec connaissance de cause ; mes collègues, ayant pensé qu'il pouvait paraître, tel qu'il était, dans les Annales d'hygiène, je me suis rendu à leur désir, mais je dois prévenir mes lecteurs que ce n'est qu'une ébauche informe d'un travail que je prépare depuis long-temps sur l'influence que peuvent avoir sur la santé les différentes poussières que les artisans sont exposés à respirer. J'ai ramassé, pour cet objet, un grand nombre de matériaux ; mais ils ne sont pas encore assez complets pour mériter d'être publiés. Je continue mes recherches sur cet objet important et leur résultat paraîtra un jour dans les feuilles de ce recueil.

nous avons questionné les ouvriers qui s'y trouvent, et tenu note de leur réponse; or, de ces réponses il résulte, que tout individu bien portant pourra vivre impunément dans une atmosphère infecte et tellement chargée de poussière, qu'à peine pourra-t-on y voir, mais que tout individu déjà phthisique ou disposé à la phthisie, ne pourra y résister.

Nous avons fait les même recherches dans les ateliers destinés à la confection des matelas des gendarmes et des pompiers de Paris, des anciens gardes du corps, de l'ancienne garde royale et de la garnison de Paris, et leur résultat a été analogue.

Nous avons vu à Saint-Ouen, dans les ateliers de M. Ternaux, et avec ce célèbre manufacturier, l'endroit où l'on battait les poils de cachemire et de chameau; on ne peut se faire une idée de la poussière épaisse et suffocante qui existait dans cet endroit, et cependant de l'aveu des ouvriers et de M. Ternaux lui-même, elle n'altérait pas leur santé, bien qu'elle fût extrêmement incommode : nous y avons vu des ouvriers et même des Arabes qui, depuis plusieurs années, ne quittaient pas cet atelier.

Il existe à Paris un grand nombre d'ateliers de dix, quinze, vingt femmes et plus, occupées à couper les poils de lièvres et de lapins; leurs cheveux et leurs vêtemens en sont couverts, elles en respirent donc des quantités énormes, car elles ne peuvent travailler que dans un endroit fermé, et malgré cela, ces femmes se portent bien et font, pour la plupart, ce métier, depuis plusieurs années.

A l'appui de l'observation recueillie sur ces femmes, nous pourrions citer les chapeliers *arçonneurs* : c'est par centaines que nous avons vu ces ouvriers, qui nous ont tous surpris par leur belle et brillante santé, et par le bon état de leurs organes respiratoires.

Quelque graves et importantes que soient à nos yeux les observations que nous avons faites en ville, sur les chapeliers *arçonneurs* et sur les coupeuses de poils, elles ne sont pas aussi concluantes que celles qui nous ont été fournies par deux ateliers de cette nature, qui existaient il y a quelques années à Bicêtre et dans le dépôt de Saint-Denis; dans le premier de ces établissemens, vingt-cinq ouvriers coupeurs de poils étaient amoncelés dans un très-petit espace; on ne les renouvelait pas; on pouvait les observer sans cesse; ils ne quittaient jamais leur atelier que pour dormir, *ce qui ne les empêchait pas d'être très-bien portans et de respirer comme tout le monde*, il en était de même des chapeliers; nous avons constaté ce fait avec notre collègue Villermé.

En voilà assez sur les poussières considérées comme substance animale, comme produits de déjections, et comme chargées de miasmes et de principes de maladies, examinons-les un instant, comme corps simplement inertes.

Certes, si l'argile et les silex réduits en poudre, pouvaient par leur seule introduction dans la poitrine, déterminer des crachemens de sang et amener la phthisie, que deviendraient, sans parler de nos balayeurs en été, nos cochers, nos postillons et nos voyageurs, que deviendraient une foule de personnes, dont les habitations sont placées sur le bord de nos routes ?

Nos plâtriers que nous avons étudiés, sur toutes les exploitations qui se trouvent autour de Paris, peuvent respirer impunément le plâtre brûlant; nos charbonniers ne sont pas plus sensibles à la poussière de charbon assez dure pour polir les métaux, que nos mineurs à celle de la houille; ceux qui blutent le noir animal, vivent-ils moins long-temps que nos meuniers et nos boulangers? N'est-on pas revenu des préventions que l'on avait depuis long-temps sur les préparations que l'on fait subir au tabac et sur leur influence? Enfin les observations récentes de M. Andral sur la phthisie des tailleurs de cailloux à Meusnes, n'ont-elles pas jeté quelque doute sur la véritable cause de cette phthisie ? Mais cette question, ainsi que ce qui regarde les broyeurs de silex dans les fabriques de faïence reste dans l'incertitude, et a besoin d'être étudié de nouveau.

Si l'on soumet à l'action des poussières, ces individus dont la respiration est plus ou moins gênée, qui sont péniblement affectés, lorsque le baromètre varie de quelques lignes et l'hygromètre de quelques degrés, ou ces autres individus éminemment menacés de la phthisie, nul doute que dans ce cas elles ne leur soient pernicieuses, mais faudra-t-il pour cela en accuser les poussières, et dire qu'elles déterminent par elles mêmes la phthisie? Autant vaudrait faire le même reproche à ces légers travaux de l'aiguille, qui déterminent des fatigues, des toux, des douleurs de dos à toutes les personnes dont la poitrine est compromise, il ne faut pas excepter de ces travaux le simple tricot.

Ces détails nous ont paru suffisans, pour indiquer à l'administration, ce qu'elle doit penser des craintes manifestées par les habitans de Chaillot, sur les dangers que peuvent leur faire courir les poussières qui s'élèvent d'un atelier où l'on bat des tapis, et pour réduire une partie des oppositions, à leur juste valeur; examinons maintenant ces ateliers sous le rapport de l'incommodité.

Sous le rapport de l'incommodité, les inconvéniens d'un battage de tapis sont évidens, ils tiennent à la poussière et au bruit.

La poussière qui sort de ces tapis est abondante, mais elle est pesante et tombe en grande partie dans le voisinage du métier; le rapporteur de la commission qui a été chargé il y a quelques années d'une affaire semblable dans la rue Sainte-Avoie, a pu constater qu'elle ne s'étendait guère à plus de 60 à 80 pieds, mais le vent dans la rue de Marbeuf pousse la poussière plus loin, et nul doute que dans ce cas elle ne nuise aux plantes potagères qui se trouvent dans les jardins voisins; on pourrait à la vérité, diminuer beaucoup les inconvéniens en entourant l'emplacement où se fait le battage, d'un mur de 15 à 20 pieds d'élévation, mais les opposans se contenteront-ils de cette mesure ? C'est ce dont il est permis de douter : en tout cas, deux ou trois des voisins les plus rapprochés auraient seuls le droit de se plaindre, les réclamations des autres ne méritent pas, sur ce point, d'être prises en considération.

En est-il de même du bruit ? Non assurément : rien de plus désagréable, de plus monotone et de plus assourdissant que ce bruit, qui pendant quatre ou cinq mois de l'année, dure depuis le matin jusqu'au soir; il n'est pas de bruit, fait avec le marteau, qui,

sous ce rapport, puisse lui être comparé; c'est contre le bruit et non contre la poussière que se sont soulevés les habitans de la rue Sainte-Avoie.

On dira peut-être en faveur de l'établissement du sieur V..... que le vaste espace au milieu duquel il se trouve, diminuera singulièrement l'inconvénient de ce bruit, et que sous ce rapport il ne peut être assimilé à celui de son confrère de la rue Sainte-Avoie. Tout en partageant cette manière de voir et en convenant de son exactitude, nous dirons que l'administration fut obligée, il y a quelques années, de faire déguerpir de dessous une arche du Pont-Neuf, un batteur de tapis qui s'y était établi, tant furent fortes et nombreuses les plaintes de tous les habitans du quai des Augustins, de la Monnaie et des autres lieux voisins: or, où trouver une espace plus vaste et un local en apparence mieux disposé pour le battage des tapis, que celui dont nous venons de parler? Ce fait, à lui seul, fait mieux sentir que toutes les dissertations, les inconvéniens de la profession.

Reste à examiner la dépréciation qu'éprouvent les terrains et les habitations voisines par l'établissement d'un atelier de battage de tapis au milieu de l'espace qu'ils occupent.

Sous ce dernier rapport, les craintes des opposans sont des plus fondées; tous ces terrains, destinés aux constructions, ont une grande valeur; il se couvrent tous les jours de maisons d'agrément; qui consentira jamais à bâtir à côté d'un batteur de tapis? On peut donc dire sans crainte d'exagération, qu'en autorisant l'établissement du sieur V....., on ruine tous ceux qui l'entourent; le quartier des Champs-Élysées répugne à toute industrie qui peut s'exercer ailleurs, il faut donc autant que possible l'en éloigner, il existe à Paris tant d'autres emplacemens qui lui sont favorables!

D'après ce qui vient d'être dit, il résulte que, sous le rapport de la salubrité, les plaintes des opposans ne sont pas fondées et qu'ils n'ont rien à redouter de l'établissement projeté.

Qu'il n'en sera pas de même des inconvéniens causés par la poussière et surtout par le bruit qui est particulier au battage des tapis.

Enfin qu'il résultera de l'exécution des projets du sieur V....., une détérioration notable de la valeur de tous les terrains voisins et la ruine de tous ceux auxquels appartiennent les propriétés contiguës.

Les membres de la commission pensent donc que l'autorisation demandée doit être refusée.

Les conclusions de ce rapport, lu dans la séance du 7 mai 1833, ont été adoptées par le conseil et par l'administration, qui, en conséquence, n'a pas accordé l'autorisation demandée.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

JUILLET 1833.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'Empirisme et du Rationalisme par rapport à la Thérapeutique.

Il est inexact d'avancer qu'à une époque déterminée de l'histoire de la médecine, deux sectes rivales, les empiriques et les dogmatiques, se sont disputé l'empire de la thérapeutique. L'empirisme et le rationalisme se perdent dans la nuit des temps : ils ont assisté simultanément à la naissance de la médecine. Depuis ils n'ont pas cessé de la suivre d'un pas égal dans sa marche à travers les siècles, et sont arrivés ainsi jusqu'à nous avec les mêmes titres à la faveur des médecins comme à la reconnaissance de l'espèce humaine.

Dans tous les temps, en effet, il s'est trouvé des affections dont la nature, inaccessible aux opérations de l'intelligence, a dû se soumettre exclusivement aux épreuves d'un pur empirisme ; et réciproquement, dans tous les temps aussi on a traité des affections dont il était impossible de triompher autrement que par le secours du plus sévère rationalisme. Pour prouver ce dernier fait, il n'y aurait qu'à présenter les affections inflammatoires et les affections gastriques, qui certes ont dû régner dans tous les temps. Les symptômes de ces affections présentent une expression si vive, que le bon sens vulgaire, c'est-à-dire la plus simple logique, suffit pour indiquer leur méthode de traitement. Quoi de plus simple, par exemple, que de conclure à l'emploi des rafraîchissans au milieu de la chaleur, de la soif, de la sécheresse des tissus qui caractérisent les maladies inflammatoires, ou bien d'avoir recours aux évacuans, vomitifs et purgatifs, lorsque le tube digestif, regorgeant de matières bilieuses, comme dans les affections gastriques, témoigne si évidemment le besoin de s'en délivrer.

Nous pourrions prouver, par la citation d'un bien plus grand nombre de maladies, que l'empirisme a aussi sa racine au berceau même de la pratique médicale ; mais le fait n'est pas contesté. Loin de là, car au contraire on a exagéré cette vérité en affirmant que les anciens médecins n'ont obéi qu'aux inspirations instinctives de l'empirisme, pendant qu'on fait un titre de gloire à la médecine contemporaine de n'être guidée que par les lumières du rationalisme. Cette assertion est fausse à deux égards : le rationalisme médical appartient à tous les âges, et parmi les avantages qui nous distinguent des médecins des premiers temps, les plus précieux sont ceux qui nous permettent d'étendre notre pratique beaucoup plus loin dans le champ de l'empirisme. En faut-il des preuves ? Combien n'avons-nous pas de traitemens victorieux dont nos devanciers ignoraient le prix ! Le mercure dans la syphilis, le quinquina dans les fièvres d'accès, l'iode dans les affections scrofuleuses, etc., sont des agens dont rien n'égale la supériorité. Quel est le raisonnement, la doctrine satisfaisante d'après laquelle on peut se rendre raison de leurs succès ? en un mot, en quoi le rationalisme nous donne-t-il le secret de leur efficacité prodigieuse ? Convenons donc de bonne foi que les traitemens dont ces médicamens sont la base rentrent dans l'empirisme, et que leur mode d'action ne s'explique pas différemment que l'action de l'opium : *Il guérit parce qu'il guérit :* c'est là l'unique explication de la puissance de tous les traitemens spécifiques. Sommes-nous à plaindre ou à envier de posséder un plus grand nombre de ces pratiques empiriques que n'en avaient les anciens ? La réponse se trouve dans les tables comparatives de la mortalité des populations avant et depuis les acquisitions du mercure, du quinquina et de la vaccine. Ainsi, jadis comme aujourd'hui, l'empirisme et le rationalisme ont marché sur la même ligne. Seulement le progrès des temps a agrandi simultanément leurs deux domaines.

C'est par conséquent une grossière erreur de mettre sans cesse en opposition, dans la pratique de la médecine, l'empirisme et le rationalisme. Ils sont nés à la même époque, ils se sont développés parallèlement dans la succession des siècles. Cela ne suffirait-il pas déjà pour prouver qu'il ne peut exister de conflit entre eux, puisque nous les voyons toujours et partout se donner la main ? Nous irons plus loin, et nous dirons que c'est par leur accord que la thérapeutique triomphe, qu'ils sont les élémens constitutifs de l'art, et qu'enfin c'est dans leur union seule que gît la plus grande perfection possible de la pratique. Dans quelles divagations

ne se perd pas la thérapeutique, et plus généralement la médecine, lorsque l'une ou l'autre de ces bases vient à lui manquer, ou que, par une interprétation malentendue de l'art médical, l'un des deux aspire à primer sur l'autre? Essayons de donner quelques preuves de ces écarts, et de démontrer jusqu'à quel point l'empirisme et le rationalisme sont inséparables.

D'abord, on peut établir que l'empirisme seul est impraticable, à moins de supposer que la médecine soit confiée au jeu d'un automate. Il n'y a au monde qu'une machine capable de céder rigoureusement à l'impulsion qui la meut, et de tourner sans cesse dans les mêmes sens avec une régularité invariable. Dès l'instant où c'est un être vivant et pensant qui est en jeu, il est impossible que sa raison ne l'affranchisse pas des lois de tout aveugle empirisme. Cette raison qui intervient alors sera plus ou moins droite, il est vrai, mais elle ne peut jamais s'abstraire : l'empirisme absolu ne peut donc exister, c'est une véritable chimère.

Le rationalisme se dégage plus volontiers de toute alliance étrangère : aussi nous est-il permis de le considérer dans un état à peu près isolé. Eh bien! voyez où il a conduit la thérapeutique, lorsqu'elle a été assez folle pour s'y abandonner! Quelle multitude de systèmes n'a-t-il pas enfantés! Les annales de la médecine en font foi, et il est inutile ici d'en offrir le tableau complet. Qu'avons-nous vu dans ces derniers temps? Chaque système donner une interprétation différente des phénomènes pathologiques; chacun en tirer autant d'indications différentes à remplir; chacun enfin expliquer à sa manière l'action des agens curatifs. Prenons au hasard tel phénomène morbide, la première indication venue pour l'emploi d'une substance pharmaceutique quelconque, et examinons l'idée que les systématiques cherchent à s'en former, ce sera merveille si deux d'entre eux tombent d'accord ensemble. Ainsi l'épigastralgie passe, tantôt pour un signe de gastrite, tantôt pour une simple névralgie, d'autres fois pour le symptôme d'un état bilieux, etc. Les indications découlent naturellement des significations variées imposées aux phénomènes pathologiques. Sous le rapport du mode d'agir des médicamens les plus vulgaires, c'est toujours la même dissidence. Cela est si vrai que, selon que vous en jugerez d'après l'un ou l'autre de ces systèmes, les émétiques et les purgatifs, par exemple, seront réputés tour à tour des antiphlogistiques, comme dans l'opinion de Brown, ou des stimulans, d'après M. Broussais, ou des contre-stimulans, suivant Rasori; ou bien ils seront appelés pour guérir les vomissemens et les selles, ainsi que le veulent les homœopathistes, d'après leur principe *similia similibus curantur*. Enfin un dernier système, que nous nommerons arithmétique, renchérit sur tous les autres; car il établira, quand vous voudrez, par des raisonnemens numériques auxquels vous n'aurez rien à répliquer, que ces agens sont absolument inefficaces, et ne produisent aucun effet. Telles sont les œuvres du rationalisme, lorsqu'il ne se trouve pas rectifié par les données de l'expérience.

Il y a longtemps déjà que les bons esprits ont été frappés de la nécessité de combiner en médecine l'empirisme avec le rationalisme. Cette combinaison, fondée à la fois sur la marche de l'esprit humain et sur la nature de l'objet de la thérapeutique, représente une méthode d'observation et de pratique que l'on appelle empirisme raisonné. Il consiste, en pathologie, à appliquer non-seulement nos yeux et nos oreilles aux phénomènes des maladies, mais à user concurremment des yeux de notre esprit, pour nous élever, à l'aide de l'analyse et des autres procédés rationnels, au-delà de l'expression extérieure ou sensible de l'état morbide. En thérapeutique, cette méthode consiste également à s'éclairer des données de l'expérience sur la valeur relative des indications et sur le mode d'action des substances médicinales, sans refuser de se servir de sa raison pour balancer les caractères de ces indications, et calculer les chances de l'utilité de ces remèdes. Soit une pneumonie que nous supposons bien déterminée; il est question de tracer les indications qu'elle présente et de formuler en conséquence un traitement approprié. Où allons-nous chercher les indications thérapeutiques? Évidemment nous les puisons simultanément, et dans la vue des phénomènes qui nous frappent, et dans l'analogie que nous leur reconnaissons avec des phénomènes que l'expérience a rattachés à la présence d'une pneumonie. Ceci est à la fois du raisonnement et de l'empirisme : c'est du raisonnement, puisque nous analysons par l'observation le fait actuel, et que nous le comparons avec les faits analogues; c'est de l'empirisme, puisque nous nous en rapportons au sentiment d'une expérience répétée, pour attacher à ce tableau pathologique l'idée précise d'une inflammation du poumon. Remarquons bien que notre observation personnelle ne nous suffirait pas à dire c'est une inflammation de poumon, mais qu'elle doit nécessairement être sanctionnée par la pratique de nos devanciers. La pneumonie ainsi reconnue, l'indication des antiphlogistiques est une conséquence logique naturelle que l'expérience des siècles ou l'empirisme s'empresse de justifier. Nous pourrions pousser plus loin cette application et multiplier indéfiniment nos preuves; mais ce que nous avons dit suffit, ce nous semble, pour nous autoriser à conclure ce que nous avons mis en principe, que l'empirisme et le rationalisme ne peuvent se passer l'un de l'autre, et qu'ils sont les fondemens de la pathologie, comme les élémens essentiels de la thérapeutique.

DE LA COQUELUCHE ET DE SON TRAITEMENT.

Pendant ces dernières années, quand on travaillait presque exclusivement dans le sens de la localisation des maladies, il était conséquent à la doctrine en vogue, de chercher à confondre la coqueluche avec les bronchites ordinaires. De ce point de vue, en effet, ces maladies ont les plus grandes analogies : début semblable, même siége matériel, et matériellement aussi les mêmes altérations; de sorte que, pour ceux qui ne voudraient voir les maladies que dans les altérations grossières des organes, il y aurait peu de différences tranchées entre ces deux sortes d'affections. Mais, si on les examine de plus près et physiologiquement, on trouve facilement entre elles de grandes différences. Il n'est pas même besoin, pour cela, de se perdre en hypothèses sur leur nature; il suffit de comparer leurs phénomènes les plus extérieurs, les plus saillans.

Ainsi les bronchites, presque toujours accompagnées des signes d'une affection générale bien tranchés et réguliers, ont une marche franche, et, pour ainsi dire, déterminable à l'avance depuis leur origine jusqu'à leur terminaison; pendant les intervalles de la toux, la poitrine, dans les cas ordinaires, reste pendant longtemps en proie à une souffrance peu prononcée, mais continue; la thérapeutique en est simple. De légères évacuations sanguines au début, et quand la maladie est franchement inflammatoire, dans le sens qu'on donne ordinairement à ce mot, un régime et des boissons adoucissantes pendant la première semaine, vers la fin, quelques substances aromatiques, voilà ce qui en fait tous les frais. Il est très rare qu'on ait besoin d'ajouter quelque chose à cette thérapeutique innocente et presque toujours heureuse. La coqueluche, au contraire, n'est pas le plus souvent accompagnée de phénomènes généraux un peu prononcés; ses accès en sont séparés par une intermittence complète des accidens; ses quintes, fatigantes et plus rares que celles de la toux des bronchites, sont caractérisées par une suffocation extrême bientôt suivie d'une respiration facile, qu'une suffocation nouvelle et tout aussi violente va bientôt remplacer. La marche de la coqueluche la sépare peut-être plus nettement encore que tous les autres caractères de la bronchite simple. Elle n'a pas de tendance marquée à une fin; elle s'éternise, pour ainsi dire, sans changer de forme, depuis son apparition jusqu'à la guérison. Dans sa thérapeutique, nous voyons très souvent invoquer en vain tour à tour les moyens les plus rationnels et les plus bizarres de la pharmacologie. Si les formes et l'ensemble des phénomènes des bronchites simples indiquent une affection de nature inflammatoire de la membrane muqueuse des bronches, on ne peut nier que les formes et les phénomènes de la coqueluche indiquent un trouble des fonctions du système nerveux, un peu analogue à celui qui a lieu dans certains cas d'asthme, où il n'y a point dans les organes d'altérations naturelles suffisantes pour expliquer en aucune façon les désordres fonctionnels observés. Sans doute, il y a loin de cette observation vague à une réalité constatée; mais, quelque vague qu'elle soit, cette observation est importante, parce qu'elle met d'accord la pratique et la théorie, en démontrant que, s'il y a de grandes différences dans les résultats du traitement pour une bronchite ou une angine simple et une coqueluche, c'est que ce sont des maladies essentiellement différentes, quoique leur signe apparent soit le même.

Ces sortes de conjectures, quelque fondées qu'elles paraissent, en y réfléchissant bien, *ne suffiraient certainement pas pour indiquer un traitement différent dans les deux maladies*, si le même traitement, empiriquement employé, réussissait également bien; mais elles peuvent *expliquer*, jusqu'à un certain point, comment *il arrive que le même* traitement ne réussit pas, *quand il est d'ailleurs bien constaté que les choses sont ainsi.* Eh! qui ne sait que le traitement ordinairement le plus heureux contre la bronchite échoue complètement contre la coqueluche? Qui ne sait que c'est le plus souvent à défaut d'efficacité de ce traitement que les malades se jettent dans des essais le plus souvent peu dangereux, mais le plus souvent aussi sans succès, jusqu'à ce qu'enfin la maladie s'en aille d'elle-même, après qu'on a épuisé toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique?

Cette maladie, au reste, est si fatigante pour les enfans, elle est si pénible pour les adultes, chez qui d'ailleurs elle n'est pas exempte de danger, qu'on ne s'étonne pas des tentatives qui ont été faites pour trouver un bon moyen de la traiter. Il est certainement peu d'affections, même parmi les plus incurables, contre lesquelles on ait essayé un plus grand nombre de moyens: purgatifs, vomitifs sous les formes les plus variées, spécifiques de toutes les sortes, et toute cette immense classe de moyens hétérogènes décorés du nom d'antispasmodiques, et dans ces derniers temps les antiphlogistiques, tout a été employé avec profusion. A Dieu ne plaise qu'il faille répéter tout ce qui a été dit et fait à ce sujet: on ne tarirait pas; et il vaut mieux détourner les yeux de cette opulente misère, pour parler des vraies ressources que nous possédons.

Je ne connais rien qui réussisse aussi bien contre la coqueluche, c'est-à-dire qui la guérisse aussi sûrement et aussi promptement qu'un changement de lieu d'habitation. Le hasard m'a fait voir des enfans et même des adultes chez qui tous les moyens les plus sagement dirigés, employés avec la constance la plus opiniâtre, avaient échoué, et qui s'étaient trouvés débarrassés de cette singulière affection en s'éloignant du lieu où ils en avaient été pris. A peine l'avaient-ils quitté qu'ils s'étaient sentis soulagés, et quelques jours passés loin du berceau du mal avaient suffi pour les guérir complètement. Depuis, j'ai conseillé plusieurs fois ce même moyen, et avec le plus grand succès. Mais il faut que le sujet s'éloigne au moins d'une quinzaine de lieues de l'endroit où il a été attaqué du mal, et pendant au moins dix ou douze jours; car j'ai vu des malades qui, pour n'avoir pas assez changé de climat, n'ont pas guéri, ou qui, pour avoir abrégé un séjour ainsi conseillé, ont retrouvé, en revenant trop tôt, les accidens dont ils avaient été soulagés.

Comment guérissent les sujets qui peuvent recourir à ce moyen? Quel changement se fait en eux? Quelle influence nouvelle se fait sentir? Celle d'un climat inaccoutumé? d'un changement de régime? de nouvelles habitudes? Je ne sais; mais le fait existe, et je répète que je ne connais dans la médecine rien de plus efficace contre la coqueluche qu'un changement de lieu.

Mais, malheureusement, ce remède si simple n'est pas toujours facile ni même possible; on est obligé souvent de prendre en considération l'impossibilité où sont les parens de tenir leurs enfans éloignés; dans d'autres cas, ils ne veulent pas s'en séparer; et parmi les adultes en proie à la coqueluche, beaucoup ne peuvent se permettre une absence assez longue. On est donc souvent dans la nécessité de recourir à d'autres moyens, et même, dans le plus grand nombre des cas, on est forcé, par mille considérations indépendantes de la thérapeutique, à employer d'abord ses ressources les plus communes, avant de recourir à ce moyen extrême. Parmi ces ressources, l'agent thérapeutique que je crois devoir conseiller et préconiser le plus, c'est la belladone.

Vers la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, Schaeffer, à Ratisbonne, et Wetzler, à Augsbourg, essayèrent la belladone dans ce sens, et, depuis, un très

grand nombre d'observateurs ont répété leurs expériences avec un succès assez remarquable pour qu'il soit bon de travailler à répandre cette pratique.

Schaeffer se servait de la poudre de racine de belladone suspendue dans quelques eaux locatives; à ce mélange peu agréable, Wetzler avait substitué une préparation beaucoup plus simple ; il mêlait la poudre de racine de belladone avec du sucre pilé, et c'est presque toujours de cette manière que la belladone a été donnée depuis lors dans les cas dont je parle. On a varié d'ailleurs les formes de ce médicament de différentes manières. Les formules suivantes, qui se ressemblent toutes, peuvent en donner une idée :

Prenez : Poudre de racine de belladone. . trois grains.
Poudre de sucre. . . . . dix-sept grains.
Mêlez.

Ou bien :

Prenez : Poudre de racine de belladone. un scrupule.
Poudre de réglisse ou jus de rég. quatre scrupules.

C'est-à-dire qu'avec une quantité *ad libitum* de poudre de racine de belladone et une quantité au moins quadruple de sucre ou de réglisse, on forme des poudres sans goût désagréable, plus ou moins actives, suivant la quantité plus ou moins grande de belladone qu'on y introduit.

On prescrit en général ces préparations en poudre, ou on les donne sous forme de pâte en réunissant la belladone aux autres élémens, au moyen d'un mucilage aromatisé. La dose pour un enfant au dessous d'un an doit être calculée de manière qu'il reçoive un quart de grain de belladone soir et matin. Demi-grain matin et soir suffit pour un enfant au dessous de trois ans ; un grain matin et soir pour un enfant plus âgé, et deux grains de même pour un adulte. On augmente la quantité de belladone tous les deux ou trois jours, et par petites fractions; pour un enfant de six ans, et surtout pour un adulte, on l'augmente plus vite ; mais, en général, pour toutes les préparations de belladone, il est prudent de débuter toujours par de faibles doses. La susceptibilité de tous les sujets à ressentir les effets de cette substance est loin d'être la même.

On a conseillé aussi la préparation suivante :

Prenez : Extrait de feuilles de belladone. quantité *ad libitum*.
Poudre de réglisse. . . . quantité suffisante.
Mêlez.

pour faire des pilules contenant demi-grain d'extrait de belladone, dont on prend une le matin et une le soir, en augmentant les doses progressivement. Pour un enfant au dessous de deux ans, il faudrait faire les pilules avec un quart de grain d'extrait seulement.

Cette formule me paraît moins sûre que les précédentes, à cause du peu de confiance qu'on doit avoir pour les extraits souvent mal préparés ou mal conservés, et par conséquent infidèles. Aussi préfère-je la formule suivante :

Mêlez,

Poudre de feuilles de belladone. . . deux grains.
Extrait quelconque inerte ou mucilage. quantité suffisante pour faire huit bols dont on prendra un toutes les heures.

Telles sont les préparations de belladone les plus usitées, et, je dois le dire, les moins désagréables à prendre; considération importante quand on a affaire à un sujet impressionnable, dont l'estomac se révolte contre tout ce qui porte le nom de drogue.

Néanmoins je regarde toutes ces formules comme moins avantageuses, sous tous les rapports, que les suivantes, dans lesquelles entre le *saccharure* de belladone composé ainsi, à la manière de M. Beral :

Prenez : Sucre blanc. . . . . seize onces.
Alcoolature de belladone au huitième. seize gros.
Un gros représente un grain de belladone.

On peut donner ce saccharure seul, ou mieux le faire prendre de la manière suivante :

Mêlez,

Prenez : Eau distillée de tilleul. . . . . trois onces.
Eau distillée de laurier-cerise. . . trois gros.
Saccharure de belladone. . . . . une once.

Donnez une cuillerée à café de cette potion plusieurs fois dans la journée.

L'addition d'eau de laurier-cerise rend cette formule plus efficace contre les toux convulsives, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion de m'en louer, non-seulement dans des cas de coqueluche, mais encore dans des bronchites chroniques avec toux suffocante, gêne considérable de la respiration, et excrétion très abondante de mucosités filantes.

Il est bien entendu qu'il faut faire concourir *une sage hygiène* avec ces moyens pour arriver sûrement à la guérison.

D. S. SANDRAS.

Du Traitement de l'Érysipèle considéré dans ses principales variétés.

DEUXIÈME ARTICLE.

Après avoir traité de l'érysipèle sympathique, symptomatique et traumatique, il nous reste à parler de l'érysipèle idiopathique, c'est-à-dire de celui qui se développe sans cause locale extérieure appréciable, ou qui n'est pas la conséquence habituellement observée d'une maladie grave tirant à sa fin. La face en est le siége le plus habituel, au moins primitivement; car très-souvent il se propage de la face aux autres parties du corps. On a divisé cet érysipèle en plusieurs variétés : ambulant, serpigineux, bilieux, suivant la marche qu'il affecte ou les complications qu'il présente.

Cet érysipèle peut être léger et rester circonscrit dans ses premières limites, sans s'accompagner de phénomènes généraux bien marqués. Il guérit alors avec le repos, la diète et les boissons délayantes, même quand il a son siége à la face; mais, dans le cas contraire, le médecin ne peut ni ne doit rester spectateur inactif de la maladie. L'érysipèle du visage étant, sans contredit, le plus grave de tous, c'est

à lui que se rapporteront principalement les remarques qui vont suivre.

La saignée doit être pratiquée toutes les fois que le gonflement et la chaleur sont notables, qu'il y a céphalalgie, sentiment de pulsation dans la tête, que le pouls est plein, dur, fréquent. On doit y revenir sans hésitation, quand les forces du malade et l'intensité de la maladie le comportent ; et lorsqu'il n'existe pas de symptômes bien manifestes d'embarras gastrique ou intestinal, les émissions sanguines deviennent la première et la principale ressource à laquelle il faille avoir recours. La saignée générale est préférable aux sangsues : mais lorsqu'il existe des symptômes de congestion cérébrale, ou qu'on a quelque raison de craindre le développement prochain d'une méningite, les sangsues devraient être appliquées aux oreilles, concurremment avec la saignée.

Dans les cas assez nombreux où se rencontrent des signes évidens d'embarras gastro-intestinal et de pléthore bilieuse, il ne convient pas de s'en tenir exclusivement aux émissions sanguines ; et ici les vomitifs et les purgatifs sont d'un grand secours, à moins de complication de gastro-entérite. Mais qu'on ne s'y trompe pas ; l'enduit épais et blanc-jaunâtre de la langue, les nausées, le sentiment de pesanteur à l'épigastre et d'embarras dans le ventre sont loin d'être toujours des signes d'inflammation du tube digestif. Il est vrai que conclure absolument de l'utilité des évacuans dans ces cas à la non-existence d'une irritation, ce ne serait pas raisonner d'une manière très physiologique. Quoi qu'il en soit, l'expérience prouve que, dans les circonstances dont nous parlons, le tartre stibié offre d'incontestables avantages, ainsi que les lavemens purgatifs.

Chez les sujets scrofuleux, les saignées doivent en général être fort ménagées, et les vomitifs leur sont préférables. Nous ne ferons point une règle absolue de cette indication ; mais elle s'applique à un très grand nombre de cas, et la pratique des hôpitaux, où sont réunis beaucoup de scrofuleux, vient la confirmer pleinement. Dans plusieurs épidémies d'érysipèle observées à l'hôpital Saint-Louis, dans la division des scrofuleux, les évacuans ont été employés avec beaucoup de succès, à l'exclusion presque absolue des saignées ; car c'est surtout dans ces épidémies que l'embarras gastro-intestinal est manifeste, et que l'érysipèle semble se rattacher intimement à cette cause. Il semble que l'influence épidémique agisse primitivement sur les viscères digestifs ; car, chez presque tous les malades que nous observâmes en 1830, il y avait perte d'appétit, bouche amère, pâteuse, langue chargée, haleine aigre ou fétide, quelque temps avant l'invasion de l'érysipèle.

Il ne faut pas dire pour cela, comme quelques-uns l'ont prétendu, que les vomitifs soient les seuls remèdes à employer; il faut se borner à signaler leur utilité dans la majorité des cas ; autrement on nous répondrait par d'autres malades qui ont guéri sans vomitifs, sans remèdes ou avec des saignées. Au reste, ce n'est pas en opposant un fait à d'autres faits qu'on avance une question thérapeutique, mais en généralisant d'utiles indications, d'après des observations nombreuses, laissant à la pratique de chacun à saisir les indications exceptionnelles. Les fomentations sur les surfaces érysipélateuses offrent peu d'avantages, et l'on devrait s'abstenir d'onctions huileuses ou de corps gras, si l'on n'avait d'autre but que de détendre la peau et de diminuer son aridité et sa chaleur. Mais nous faisons une restriction en faveur de l'onguent napolitain que, dans ces derniers temps, M. Ricord, chirurgien à l'hôpital des vénériens, a employé en onctions, à la dose de 1 ou 2 gros, dans les érysipèles qu'il a eu à traiter, et dont il dit s'être constamment bien trouvé dans *tous* les cas. Les onctions pratiquées sur toute la surface érysipélateuse diminuent, selon lui, rapidement la chaleur et la tuméfaction, et premièrement l'extension de l'inflammation aux parties circonvoisines.

M. Ricord n'est pas, au reste, le premier qui ait employé les frictions mercurielles en pareil cas. M. Serre d'Alais, a consigné plusieurs observations tendant à établir d'une manière positive l'utilité des frictions mercurielles sur la peau enflammée, et même lorsque le tissu cellulaire sous-cutané participe à l'inflammation dans un travail qu'il a publié sur ce sujet. Cette pratique avait déjà compté des succès à l'hôpital de la Pitié dans plusieurs cas d'érysipèle traumatique, et de nouveaux faits d'érysipèles phlegmoneux traités avec succès par l'onguent napolitain en frictions sont venus dernièrement corroborer les premiers. Enfin, appliqué au traitement du panaris, au début, ce moyen semble offrir une nouvelle et précieuse ressource aux praticiens.

Cette pratique peut donc réellement être utile, et mérite d'être soumise à l'expérimentation des médecins. Dans la variole, on s'est servi avec avantage d'onctions sur le visage, pratiquées avec l'onguent mercuriel. Seulement, comme tous les autres, ce moyen ne saurait être infaillible.

Lorsque l'érysipèle, au lieu de disparaître après avoir achevé ses périodes sur les points primitivement envahis, s'étend successivement de proche en proche, à mesure qu'il s'éteint sur les premiers, cette disposition est fâcheuse, en ce qu'elle prolonge la maladie et peut même compromettre ses jours du malade. Il convient alors d'examiner la condition de l'individu ; car il peut se faire que la progression de l'érysipèle se lie à une cause interne dont l'action se continue, ou bien les progrès toujours croissans de l'exanthème s'opèrent en raison du mode actuel d'inflammation alors établi sur la peau, en un mot, par le seul fait de la disposition érysipélateuse actuellement existante. Dans cette dernière hypothèse on peut, avec chance de succès, enrayer ou faire disparaître l'érysipèle par un vésicatoire appliqué au centre de la surface malade, pour déterminer artificiellement une crise par suppuration qui rompe, en quelque sorte, le mode d'existence actuelle de la maladie. On a aussi imaginé de circonscrire l'érysipèle par une cautérisation pratiquée sur les tégumens sains environnans. Dans ce but, on a employé une solution de nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis ce moyen réussir dans deux cas d'érysipèle graves, entre les mains de M. le docteur Biett. Mais une autre fois nous vîmes l'érysipèle franchir la barrière qu'on lui avait opposée, et c'était chez le malade dont nous avons parlé déjà, et chez lequel une gousse d'ail, introduite et restée dans le conduit auditif, avait été la cause de tous les accidens.

Il est encore d'autres moyens de circonscrire l'érysipèle ; tels sont l'emplâtre vésicatoire taillé en ruban et appliqué

sur la peau ; telle serait encore la pommade de Gondret, ou une petite bande étroite imbibée d'alcool et étendue exactement sur la peau environnant la surface érysipélateuse. En enflammant l'alcool, on produirait ainsi une vésication légère, qu'on peut rendre plus forte en répétant une fois ou deux ce procédé. Nous indiquons tous ces moyens, parce qu'il n'est pas toujours possible d'avoir le même à sa disposition. Au reste, ce n'est qu'avec précaution qu'il faut manier le nitrate de mercure ; car il fait de profondes escarres là où l'on n'a pas su l'appliquer légèrement. On peut objecter que, si ces moyens ne réussissent pas, c'est un mal de plus ajouté à celui qui existait déjà. Mais de pareilles cautérisations ne sauraient être par elles-mêmes dangereuses, si l'on y prend garde, et comme elles ont réussi dans plusieurs cas, nous devions les indiquer ici.

Les écarts de régime vers le déclin des érysipèles graves sont souvent funestes aux malades. Nous avons vu sous leur influence se réveiller, en quelque sorte, une inflammation érysipélateuse prête à s'éteindre, et les accidens les plus graves survenir. Il nous resterait à parler de l'érysipèle phlegmoneux et de l'érysipèle œdémateux. Mais les bornes de cet article sont déjà dépassées. Nous nous occuperons plus tard de ces deux variétés importantes de l'érysipèle.

J.-C. SABATIER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup-d'OEil sur la Lithotritie.

Nous nous occuperons aujourd'hui de la description succincte des procédés dans lesquels la destruction du calcul s'opère par usure du centre à la circonférence, soit en y produisant plusieurs perforations successives, soit en le réduisant à l'état d'une coque à parois plus ou moins minces et faciles à briser. Ces procédés sont ceux de MM. Amussat, Benvenuti, Civiale, Leroy, Lamard, Pravaz, Rigale et Ségalas ; ils présentent entre eux des différences plus ou moins importantes que nous tâcherons de faire ressortir. Le plus ancien, et celui auquel on doit les premiers résultats pratiques, le plus simple en même temps et qui n'a pas été le moins utile, est celui de M. Civiale. Bien qu'il soit à présent bien connu, nous croyons devoir en donner la description détaillée ; il sera pour nous le type auquel nous comparerons tous les autres. De cette manière, nous nous épargnerons des redites toujours fatigantes.

Procédé de M. Civiale. L'instrument lithotriteur dont M. Civiale se sert se compose de trois parties principales : l'une sert à saisir la pierre, c'est le litholabe ; la seconde est destinée à la détruire, c'est le lithotriteur proprement dit ; la troisième, composée d'un assez grand nombre de pièces, a pour objet de servir de point d'appui aux autres, et surtout d'imprimer le mouvement au lithotriteur ; elle consiste en une espèce de tour d'horloger, qu'on fait mouvoir au moyen d'un archet. On peut se faire une idée de ce tour en examinant l'instrument de M. Rigal, bien cependant que ces deux instrumens ne soient pas parfaitement identiques. La pince, comme la plupart de celles dont on se sert le plus généralement en lithotritie, à quelques exceptions près, est faite d'après les mêmes principes et agit par le même mécanisme que le tire-balle alphonsin. Elle est formée de deux pièces principales : 1° d'un tube d'acier (fig. I *a*) ; 2° d'une autre canule *b* plus longue que la précédente, et d'un diamètre tel qu'elle puisse y glisser facilement. L'une des extrémités de cette seconde canule est divisée en plusieurs branches qui, rapprochées tant qu'elles sont enfermées dans le tube extérieur ou gaîne, s'écartent par leur propre ressort dès qu'elles deviennent libres. L'autre extrémité porte une échelle graduée qui indique le degré d'écartement de la pince, et par conséquent jusqu'à un certain point la grosseur du calcul qu'on a saisi. Pour fermer cet instrument, il suffit de tirer à soi la canule intérieure, celle qui porte les branches. A mesure que celles-ci s'enfoncent dans la gaîne, elles se rapprochent, et lorsqu'elles sont tout-à-fait en contact, elles forment, par leurs extrémités réunies, le bec semi-ovoïde d'une sonde ordinaire. Veut-on se servir de cette pince, on l'introduit ainsi fermée de la manière suivante. On se place au côté droit du lit ou entre les jambes du malade ; on abaisse la verge par une légère traction pour la diriger parallèlement aux cuisses, qui doivent être légèrement fléchies. L'instrument, tenu de la main droite, est engagé dans le canal, où il pénètre avec facilité jusqu'à la symphise du pubis ; on sent alors, par la résistance qu'il éprouve en cet endroit, qu'il est parvenu jusqu'au bulbe. On abaisse davantage la verge, et l'on dirige un peu plus haut le bec de l'instrument, qui traverse sans peine la portion membraneuse et arrive jusqu'à la prostate. Quand l'instrument se trouve en présence du corps étranger, on l'appuie légèrement sur lui et l'on ramène vers soi la gaîne, tandis qu'on tient immobile la canule intérieure. Par cette manœuvre, les branches de celle-ci s'éloignent et le calcul peut être engagé au milieu d'elles. Dès qu'on l'y suppose, d'une main on fixe le tube de la pince, tandis que de l'autre on fait glisser avec précaution la gaîne sur les branches qui, en se rapprochant, retiennent le corps étranger. Quelques mouvemens légers en divers sens étant imprimés à l'instrument pour s'assurer s'il n'a pas saisi, en même temps que la pierre, une portion de la muqueuse vésicale, et si le calcul est libre de toute adhérence, on rapproche fortement les branches, et, pour prévenir leur écartement, on rend les deux canules immobiles en serrant une vis que porte l'extrémité de la gaîne.

Le calcul étant saisi, on doit procéder à sa destruction. L'instrument qui doit l'opérer tient à la pince, comme on le voit fig I *c*, et a par conséquent été introduit avec elle. C'est une tige d'acier dépassant de six lignes l'extrémité vésicale *d* de la canule extérieure, et terminée là par une tête armée de dents, sur laquelle sont pratiquées des entailles parallèles à l'axe de l'instrument et destinées à loger les branches de la pince lorsqu'on les rapproche. L'autre extrémité du lithotriteur se termine en pointe, et porte une échelle graduée qui fait connaître le degré d'épaisseur de la portion de pierre saisie par la pince ; une poulie est fixée

sur cette extrémité graduée; elle sert à borner son introduction dans la canule et à lui imprimer le mouvement nécessaire au moyen d'un archet et d'une corde à boyau. Quand on suppose que le calcul est très volumineux, on remplace le lithotriteur simple par d'autres dont la tête est formée de deux parties que l'on peut éloigner et rapprocher à volonté. (Voy. fig. II.)

Quand la pince a fixé convenablement le calcul, et après qu'on s'est assuré que le lithotriteur pivote facilement, on adapte le tour, et on le confie à un aide qui se trouve à côté de l'opérateur. Celui-ci n'a plus qu'à placer la corde de l'archet sur la poulie et imprimer le mouvement à l'appareil; car, à mesure que la pierre se perfore, le lithotriteur est poussé par un ressort en spirale que renferme un cylindre fixé à l'extrémité supérieure de la poupée qui porte le pivot. La perforation doit se faire lentement en commençant, et ne pas durer en général plus de dix minutes; on abandonne alors dans la vessie le calcul qu'on attaquera dans plusieurs séances subséquentes, dont le nombre dépendra du volume de ce corps et de l'état du malade.

Procédé de M. Leroy (1). Les instrumens dont se sert ce chirurgien ont éprouvé un assez grand nombre de modifications entre les mains de leur auteur, modifications plus ou moins ingénieuses, mais qui ne paraissent pas avoir une très grande utilité dans l'application : aussi ne nous en occuperons-nous pas. Le premier de ces instrumens est une pince courbe à trois branches, semblable à celle dont M. Civiale se sert et dont nous venons de parler. Il est représenté fig. III. Tout simple qu'il est, c'est encore le seul dont la forme ait le moins varié et dont l'utilité ait été le plus généralement sentie. On l'introduit, on l'ouvre et on le ferme comme celui de M. Civiale. Le calcul saisi, M. Leroy le perfore au moyen d'un lithotriteur simple qu'on voit adapté à la pince dans la figure III; puis il l'évide au moyen d'une fraise double à tête dont la forme varie, et qui consiste, tantôt en deux tiges d'acier terminées par un grattoir tranchant et qui s'écartent par leur élasticité, tantôt en deux limes également élastiques, s'écartant par l'interposition d'une tige centrale; tantôt enfin en une tête fenêtrée à ailes articulées ou non articulées. L'instrument, quel qu'il soit, est mis en mouvement au moyen d'un tour à main et de l'archet. D'abord, l'appareil était confié à un aide, comme dans le procédé Civiale; mais M. Leroy, pour prévenir des secousses incommodes que le lithotriteur occasione dans son action, se sert à présent d'un chevalet ou point fixe. Il existe encore cette différence entre les deux procédés, c'est qu'ici le lithotriteur, au lieu d'être poussé en avant par une force aveugle comme un ressort à boudin, l'est par le pouce de l'opérateur. Si le calcul est peu volumineux, il ne tarde pas, après avoir été ainsi évidé, à se briser entre les branches de la pince. Les fragmens les plus petits seront entraînés par le flot de l'urine; s'ils ne sortent pas en totalité, on attaque ceux qui n'ont pu franchir le col de la vessie, de la même manière que le calcul lui-même, c'est-à-dire au moyen du perforateur. Dans le cas où quelqu'un de ces débris s'est engagé dans le canal de l'urètre et ne peut en sortir spontanément, M. Leroy l'extrait à l'aide d'une petite pince à trois branches sans crochets, terminées par des renflemens coupés en biseau.

Procédé de M. Amussat (2). L'instrument complet est représenté, fig. IV, tel qu'il a été modifié par l'auteur dans ces derniers temps. Il diffère des précédens en plusieurs points : aussi le décrirons-nous. Il peut se diviser en quatre parties : 1° la pince et sa gaîne; 2° le régulateur-support; 3° le foret double; 4° le poucier.

La pince a sept branches et peut en avoir neuf. Ces branches sont disposées de telle manière qu'il y a, quand elles sont développées, six petits intervalles et un très-grand; c'est par ce dernier que la pierre doit s'engager. L'extrémité manuelle du tube de cette pince porte les n°s 0, 6, 9, 12, 15, 18, qui servent à indiquer le degré d'écartement des mors lorsqu'ils sont serrés par la canule extérieure ou gaîne. Ce tube traverse la boîte à liége E, où il se trouve fixé au degré convenable, au moyen de la vis M qui la traverse. Il présente également une boîte à liége *g* que traverse le lithotriteur; mais cette boîte porte de plus une plaque longue H, qui sert à tirer à soi la pince pour la faire rentrer dans la gaîne. Enfin celle-ci est munie, près de sa boîte à liége, d'un entonnoir T qui permet d'injecter le liquide dans la vessie sans démonter l'instrument.

Le régulateur-support est un carré long qui se fixe sur la canule au moyen de la vis O, et sur le curseur J du foret par un demi-collier PP.

Le foret, dont on voit l'extrémité de la tige fig. IV II, et qui est représenté en totalité dans la fig. V, se compose de deux parties, un foret central *b*, fig. V, et un foret double *cc*. Le foret central est terminé par une tête et présente, à un pouce en deçà, deux oreillons qui l'empêchent de pivoter dans le foret double. A l'autre extrémité de ce foret simple se trouve une vis de rappel *cc*, destinée à recevoir l'écrou *a*. Au delà on remarque, sur la tige du foret double, des lignes et une flèche qui servent à mesurer la profondeur du trou que l'on pratique à la pierre. *g* désigne une ligne ou repère qui indique le point où doit correspondre la plaque H de la boîte de la pince, *h* le point où doit correspondre le curseur, pour que la pince puisse convenablement embrasser le foret. On voit dans la fig. V le foret à l'état triple, c'est-à-dire que la tête du foret simple, ramenée en arrière par l'écrou *a* qu'on a fait avancer sur la vis de rappel *cc* que porte la tige de ce foret, se trouve de niveau avec les deux têtes de foret double; de telle sorte que la surface dentée de l'instrument devient ovoïde et d'un tiers plus étendue. Pour le remettre à l'état simple, on fait tourner l'écrou en sens contraire; la tête du lithotriteur simple se porte en avant et les deux autres se rapprochent. Le curseur J, sur la rainure duquel vient s'adapter le demi-collier du régulateur-support, n'est autre chose qu'une boîte à bouchon semblable à celle E, fig. IV de la canule; elle livre passage à la tige du perforateur.

---

(1) *Exposé des divers procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre*, etc.; in-8°, Paris, 1825.

(2) Voyez son *Tableau de la Lithotrypsie*. Paris, 1831.

Voici le mécanisme de l'instrument monté, fermé et sans poucier; on prend la plaque H de la boîte de la pince avec les doigts de la main droite, en tenant cette main immobile, le bras étant appuyé sur la hanche; on fixe tout l'instrument; alors avec le pouce de la main gauche qu'on appuie sur le haut de la plaque, et les autres doigts placés en avant de la traverse du régulateur, on forme le compas. Si on cherche à rapprocher les doigts, on voit ouvrir graduellement la pince. Pour la fermer, on embrasse le régulateur avec la main gauche, et on le pousse en avant pendant qu'on tient toujours l'instrument immobile avec la main droite.

L'opération doit se pratiquer de la manière suivante. Le malade étant placé en travers du lit, ayant le bassin convenablement élevé, l'opérateur se place à gauche, injecte doucement un verre ou deux d'eau tiède; il se place entre les jambes du malade qui doit être presque assis; puis il introduit l'instrument sans son poucier; après quoi il fait coucher le malade et cherche la pierre. Celle-ci étant saisie, on serre la vis de la canule extérieure, on tourne la pince de telle sorte que le grand intervalle réponde en haut, et on abaisse le régulateur qui devient un support lorsqu'il est embrassé par la main gauche d'un aide placé à gauche de l'opérateur; alors on met le foret à l'état triple, à mesure qu'on le fait avancer et mordre sur la pierre, en le tournant par le moyen de son curseur. On remarque la ligne du foret correspondant à la plaque longue, puis on monte le poucier sur le foret, et on le fixe en serrant la vis K; l'opérateur introduit le pouce de la main gauche dans l'anneau du poucier B, et les doigts de la même main autour de la plaque longue H. L'aide, placé à gauche, soutient la main droite de l'opérateur, qui met le lithotriteur en mouvement, en ayant soin, d'une part, de tenir l'instrument de manière que la destruction de la pierre ait lieu au milieu de la vessie; de l'autre, de pousser à peine le foret et de faire agir doucement l'archet. Quand la perforation est achevée, on desserre un peu la pince, on retire un peu le foret au centre de la pierre que l'on fait éclater à plusieurs reprises en tournant l'écrou du foret. Cela fait, on met celui-ci à l'état simple, et on serre la pince pour tasser les morceaux; on retire le foret un peu en arrière, on serre de nouveau, et si on ne réussit pas, on desserre un peu la pince, et on frappe sur l'instrument pour déranger les rapports des fragmens qu'on rapproche de nouveau, et on agit sur eux comme sur une pierre entière, jusqu'à ce qu'on ait réduit tout en poussière; quand cela a eu lieu, on retourne la pince, on l'ouvre à moitié, et l'on frappe sur l'autre extrémité pour faire tomber le détritus; puis on la referme et on la retire doucement en la tournant sur son axe. On recommence cette opération autant de fois qu'on découvre quelque fragment dans la vessie.

Le procédé de M. Amussat, qui ressemble beaucoup, comme on le voit, non pas par les détails, mais dans ses circonstances fondamentales, à ceux dont nous venons de donner un aperçu, en diffère cependant en quelques points. D'abord les sept ou neuf branches de la pince de M. Amussat ont un avantage réel quand le calcul est saisi, c'est de le retenir, même quand il a peu de volume, bien plus sûrement que la pince à trois branches dont se servent MM. Civiale et Leroy. Il est vrai que cet avantage est bien compensé par la difficulté de saisir la pierre qu'on ne peut introduire que par une seule ouverture, et par la ténuité des branches, qui, si elle ne fait pas craindre à l'opérateur de les voir se briser, peut au moins l'empêcher de se confier à elles pour comminuer le calcul perforé ou ses fragmens. M. Amussat compte, il est vrai, bien plus sur l'effort excentrique de son foret triple pour produire cet effet; mais quoique cet effort ait une énergie souvent suffisante, nous pensons que la pression exercée par les crochets des trois fortes branches de la pince tire-balle d'une part, et par la tête du lithotriteur servant de résistance de l'autre, est de beaucoup plus sûre pour réduire en petits fragmens les calculs un peu durs. D'un autre côté, nous reconnaîtrons dans le foret triple une sûreté d'action, une solidité que n'offrent pas la plupart des forets excentriques qu'on peut voir fig. II, VI, VII, XIII, qui tous sont composés de plusieurs pièces assemblées et retenues par des goupilles. En outre, dans l'appareil de M. Amussat, la progression du foret est confiée au pouce de l'opérateur, qui peut la hâter, la ralentir ou la suspendre à son gré, ce que ne peut faire ni un ressort en spirale, ni la poitrine de l'opérateur, ni une vis de pression. M. Amussat ne se sert ni de lit propre à l'opération, ni de support. Est-ce un mal? Est-ce un bien? Nous examinerons plus tard ce point de pratique. Nous avons déjà fait pressentir ailleurs que nous répondrions par l'affirmative à la seconde question.

La difficulté et même l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme avec une sonde droite chez certains sujets est un obstacle assez fréquent à l'emploi de la lithotritie; et cette opération n'ayant été imaginée que depuis la découverte du cathétérisme rectiligne, dont elle a été l'heureuse conséquence, et ne paraissant pas devoir être pratiquée autrement qu'au moyen d'instrumens droits, on pouvait craindre que son emploi ne restât très borné. Cependant des médecins ont pensé qu'il serait possible de la rendre applicable et facile dans la plupart des cas. C'est ainsi que M. Pravaz a imaginé un instrument tout-à-fait courbe; son appareil consiste en une canule représentant une portion de cercle dont le rayon a de six à sept pouces de longueur, et dans laquelle est introduit un lithotriteur droit dont la tige, composée d'un grand nombre de pièces mobiles articulées et tournant sur son axe, est mise en mouvement au moyen d'une espèce de rouet à manivelle; mais, pour avoir vaincu une difficulté, M. Pravaz n'a pas avancé la lithotritie, et son procédé, tout curieux qu'il est, ne saurait nous occuper ici. On a mieux fait depuis, et par un moyen beaucoup plus simple; on a su joindre les avantages du lithotriteur droit et ceux de la sonde courbe, et réunir même l'un et l'autre dans un seul instrument. C'est un véritable progrès en lithotritie.

Procédé de M. Benvenuti (1). L'appareil instrumental (voyez figures X et XIV) se compose, comme la plupart des autres, d'une gaîne ou canule extérieure, d'une pince à branches élastiques, d'un lithotriteur à développement, d'une espèce de poucier portant une poulie destinée à recevoir

(1) Voyez *Essai sur la Lithotritie*, par A. Benvenuti; mémoire présenté à l'Institut le 4 février 1833.

la corde d'un archet, enfin d'un support en bois; et, comme dans le procédé de MM. Civiale et Amussat, il n'y a ni lit mécanique ni point fixe.

L'instrument fermé représente une sonde dont le bout vésical serait seulement recourbé dans l'étendue d'un pouce; mais au lieu d'être fermé comme elle, il est largement ouvert dans la même étendue et du côté de la convexité, de telle sorte que la pince puisse se dégager facilement par cette voie (fig. VIII), et les branches sont disposées de manière qu'en rentrant dans la gaîne, leur extrémité recourbée appuyant à sa surface interne ne forme aucune aspérité capable de rendre le cathétérisme difficile et de fatiguer l'urètre. L'extrémité manuelle de cette gaîne porte une boîte à cuir ou à liége, que traverse une vis de pression agissant sur la tige de la pince. Celle-ci consiste en une canule d'acier très forte, divisée à l'une de ses extrémités en trois branches très résistantes à crochets. La branche impaire ou moyenne, plus longue, plus recourbée que les autres, se dirige en bas (l'instrument étant placé comme dans la fig. XIV); les deux autres latérales présentent entre elles un écartement qui se prolonge sur la canule de la pince. Cet espace vide, occupant la place d'une quatrième branche qui manque et qui est suppléée par le bec recourbé de la gaîne, sert de rigole pour l'injection d'un liquide, et rend facile l'introduction d'un lithotriteur d'un diamètre assez fort.

Le perforateur est tantôt à bascule ou à aile (fig. XIII) pour agir sur un calcul volumineux, tantôt à coin, comme on voit fig. VI et II. L'auteur avait d'abord imaginé un lithotriteur (fig. XIII) dont l'aile fixe, cachée sous le bec de la sonde, aurait pu avoir un grand développement et tourner autour d'une pointe en trois-quarts servant de point de centre, et qu'une vis de rappel faisait sortir de la gaîne ou l'y faisait rentrer; mais il a abandonné avec raison cet instrument pour les lithotriteurs à ailes mobiles.

Quant au poucier représenté fig. XIV, D, il consiste en un anneau, fixé à un axe, que traverse le perforateur; cet anneau sur lequel appuie le pouce, tandis que les doigts sont accrochés sur la plaque longue, comme pour l'instrument de M. Amussat, permet d'agir tout près de la poulie, et de diminuer le trémoussement causé par le jeu de l'archet. Le faible point d'appui fourni de cette manière par la main de l'opérateur ne pouvant suffire, M. Benvenuti y a joint le secours d'un support, qu'on peut appeler manuel, pour le distinguer des chevalets, des points fixes que portent les lits employés par quelques lithotristes. Ce support est une espèce de manche en bois (fig. XI), terminé, d'un côté, en une tête assez forte, et, de l'autre, par une base large, fendue sur toute sa longueur. Ces deux moitiés sont réunies à sa tête au moyen d'une charnière, et forment comme un compas, qui, embrassant la canule de l'instrument au point G, la reçoit dans une petite gouttière pratiquée dans les deux moitiés du support. Ce manche doit être confié, pendant l'opération, à un aide. La pression que celui-ci exerce sur cet instrument avec ses deux mains suffit, dit l'auteur, pour fixer l'instrument d'une manière invariable.

Pour se servir de l'instrument de M. Benvenuti, on l'introduit fermé, comme une sonde ordinaire, et quand on est certain qu'il a pénétré assez loin pour que la partie évidée du bec soit tout-à-fait au-delà du col, on la tourne dans la vessie, de manière que l'extrémité du bec soit dirigée vers le bas-fond de l'organe. Quand on s'est assuré, par ce moyen, de la présence et de la position du calcul, on ouvre l'instrument en poussant en avant la canule de la pince. Les branches s'écartent les unes des autres, et, au lieu de pousser en avant la vessie, comme font les instrumens ordinaires, elles en distendent les parois. Le calcul senti par le bec est embrassé par le litholabe, qui s'est déployé sur lui, et dans lequel on l'engage plutôt par un simple mouvement de pression, de haut en bas, qu'en le retirant dans la canule, comme on fait dans les autres procédés. Cependant, lorsqu'on est sûr que le calcul a bien pénétré dans l'écartement des branches, ce qu'il est facile de sentir, on doit le fixer, en serrant un peu la pince; car alors il n'y a plus moyen d'accrocher la vessie. Il faut tourner doucement en haut la partie qui était inférieure, desserrer un peu le litholabe, et faire tomber ainsi le corps saisi dans l'espèce de cuiller que forme l'instrument développé.

La destruction du calcul s'opère ensuite comme dans les autres procédés; on pousse le perforateur jusqu'à ce qu'il soit en contact avec le corps étranger; on perfore celui-ci en faisant tourner la poulie au moyen de l'archet; puis on développe graduellement la tête du lithotriteur en tournant la pièce E de l'appareil, et on le fait avancer en appuyant doucement avec le pouce sur l'anneau du poucier. Quand la perforation est achevée, si le calcul ne s'est pas brisé par les seuls effets du lithotriteur, il suffit de serrer un peu plus la pince pour en opérer la destruction.

La pince de M. Benvenuti n'agit pas comme la pince à trois branches ordinaire, mais bien à la manière de celle qu'emploie M. Tanchou, par l'effet d'une puissance qui se trouve au-delà du diamètre du corps saisi, c'est-à-dire à peu près comme une main qui, introduite dans la vessie, irait s'emparer d'un calcul situé dans le fond de cette cavité, et l'y retiendrait pendant la trituration. Mais le premier de ces instrumens nous paraît de beaucoup préférable à l'autre, quant à la force des branches, qui est bien plus grande, à l'absence du cordonnet, trop facile à rompre, et qui complique la pince de M. Tanchou, et à l'avantage, qu'il partage d'ailleurs avec les pinces à trois branches, de pouvoir s'emparer de la pierre beaucoup plus promptement. Il existe, en outre, dans cet instrument, une disposition qui n'est pas sans intérêt. Dans la plupart des procédés ordinaires, ceux surtout dans lesquels le foret est dirigé par une force aveugle ou qu'on ne peut diriger à son gré, la tête de cet instrument peut, après avoir traversé la pierre d'outre en outre, aller blesser la vessie. Ici, cela est impossible, attendu que la branche moyenne de la pince se trouvant vis-à-vis le lieu d'où sort le lithotriteur, celui-ci va directement heurter contre elle, et ne peut, en aucune manière, la dépasser.

Une des circonstances les plus délicates de la lithotritie c'est la préhension de la pierre, et souvent le renversement du malade en arrière, qu'on obtient par les lits mécaniques, ne permet pas toujours de rencontrer ce corps étranger; nous estimons que l'instrument dont nous parlons en diminuera de beaucoup les difficultés, au moins pour ce qui concerne la recherche du calcul, et ce n'est pas là un mince avantage. Si nous joignons à cela la grande simplicité de l'appareil, nous

serons tenté de regarder la plupart des procédés connus comme de beaucoup inférieurs à celui de M. Benvenuti.

Un appareil qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci a été mis en usage par M. Ségalas, et annoncé à l'Académie de Médecine, dans le mois d'avril dernier (1). C'est aussi un instrument à trois branches, dont la canule, qui sert de gaîne à la pince, se prolonge au-delà des mors de celle-ci en gouttière recourbée de bas en haut. L'instrument fermé (fig. XIV) présente ainsi la courbure d'une sonde ordinaire. Il suffit d'ailleurs de jeter un coup d'œil sur cette figure et sur la figure VIII, pour reconnaître l'identité des deux instrumens de MM. Benvenuti et Ségalas. Ce que nous avons dit du premier peut donc se rapporter à l'autre, dont nous ne parlerons qu'à l'occasion de l'examen critique des principaux procédés de lithotritie que nous donnerons dans un article spécial.

A. TAVERNIER.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Figure I. Portion vésicale du litholabe, ou pince à trois branches, de M. Civiale, armée de son lithotriteur ou fraise à tête simple. La canule extérieure *a*, ou gaîne, a, dans toute son étendue, 11 pouces de longueur et de 23 4 lignes de diamètre; elle se fixe sur la canule intérieure, ou pince, au moyen d'une vis de pression placée près de son extrémité manuelle.

Fig. II. Lithotriteur excentrique ouvert.

Fig. III. Pince à trois branches de M. Leroy (d'Etioles), garnie de son lithotriteur simple.

Fig. IV. Instrument lithotriteur complet de M. Amussat; AA l'archet; BB le poucier auquel tient la poulie C; DD la canule; E la boîte à liége; FFFF le régulateur support; GG la pince à sept branches et sa boîte à liége *g*; HH la plaque longue destinée à servir de point d'appui aux doigts de la main gauche dont le pouce est engagé dans les anneaux du poucier QQQQ; II, le foret et son curseur J.

Fig. V. Foret double, dont la tête est divisée en deux portions égales *cc*. Ces deux portions réunies forment à l'intérieur un cône creux qui est destiné à recevoir la tête du foret simple *b* qu'on voit ici engagé entre elles pour les écarter. Quand cette tête du foret simple est poussée en avant, les deux branches du foret double se rapprochent et les deux forets réunis n'offrent pas plus de volume que s'il n'y en avait qu'un seul. On fait avancer ou reculer le foret simple en vissant ou dévissant l'écrou *a* sur la vis de rappel *ee*.

Fig. VI. Foret à chemise de M. Rigal.

Fig. VII. Foret à couteaux mobiles du même.

Fig. VIII. Instrument lithotriteur courbe, à trois branches, de M. Ségalas. L'extrémité vésicale de la canule extérieure recourbée et terminée par un bouton est ouverte dans toute l'étendue de la courbure pour donner passage à la pince droite à trois branches.

Fig. IX. Le même instrument fermé et représentant une sonde courbe ordinaire.

Fig. X. Litholabe courbe de M. Benvenuti. A *a* canule extérieure ouverte et recourbée à son extrémité vésicale; B. canule intérieure ou pince à trois branches représentées ouvertes et prêtes à saisir le calcul; C lithotriteur excentrique; D tige centrale du lithotriteur destinée à écarter les ailes du lithotriteur.

Fig. XI. Moyen support écarté et prêt à s'adapter au point G (*fig.* 14) de l'instrument.

Fig. XII. Lithotriteur à aile fixe et à pivot.

Fig. XIII. Lithotriteur à bascule.

Fig. XIV. Instrument de M. Benvenuti, complet, à l'exception du moyen support. A bec de la canule destinée à loger les branches de la pince litholabe fermée; *a* continuation de la canule conductrice; B pince litholabe à trois branches; *b* bout vésical de la pince; C lithotriteur tournant entre la pince et la canule; *c* continuation du lithotriteur; D poucier; E mécanique destinée à développer le lithotriteur; F tenon qui fixe la pince pour qu'elle vienne se fermer exactement dans la cavité du bec; G emplacement du moyen support.

(1) Note lue à l'Académie royale de médecine, le 9 avril 1833.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'Utilité des frictions mercurielles dans le gonflement des paupières chez les varioleux.

M. le docteur Serre, d'Alais, en publiant ses nombreuses observations sur le traitement spécial de l'inflammation aiguë de la peau et du tissu cellulaire qu'elle recouvre, a rendu un grand service à la thérapeutique et à l'humanité.

Pressé de vérifier les faits publiés par ce médecin, dont les écrits méritent autant d'éloges que de confiance, j'en trouvai bientôt l'occasion; et les résultats que j'obtins répondirent à mon attente. J'ai soumis plus de vingt individus, atteints d'affection érysipélateuse sur différentes parties du corps, à l'usage des frictions mercurielles, après une émission sanguine chez ceux où la violence de l'inflammation la réclamait impérieusement. Tous ont été guéris avec peu ou point de douleur, et avec une promptitude au dessus de toute espérance.

M. le docteur Mabit, médecin de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dont le zèle pour la science égale les lumières, témoin des bons effets des frictions mercurielles dans le traitement des érysipèles de la face, pensa, et je fus de cet avis, qu'on pourrait employer utilement le mercure en friction sur les individus atteints de petite-vérole et de varioloïde confluente dans la période où le gonflement des paupières est tellement marqué que les malades sont momentanément privés de voir la lumière, et même menacés de perdre entièrement la vue, triste infirmité qui n'est que trop souvent le funeste résultat de ces maladies.

Les essais que nous fîmes réussirent complétement. De légères frictions mercurielles faites deux fois par jour sur les paupières très-enflammées et tuméfiées provoquèrent l'affaissement de ces parties, l'inflammation avorta, la peau se

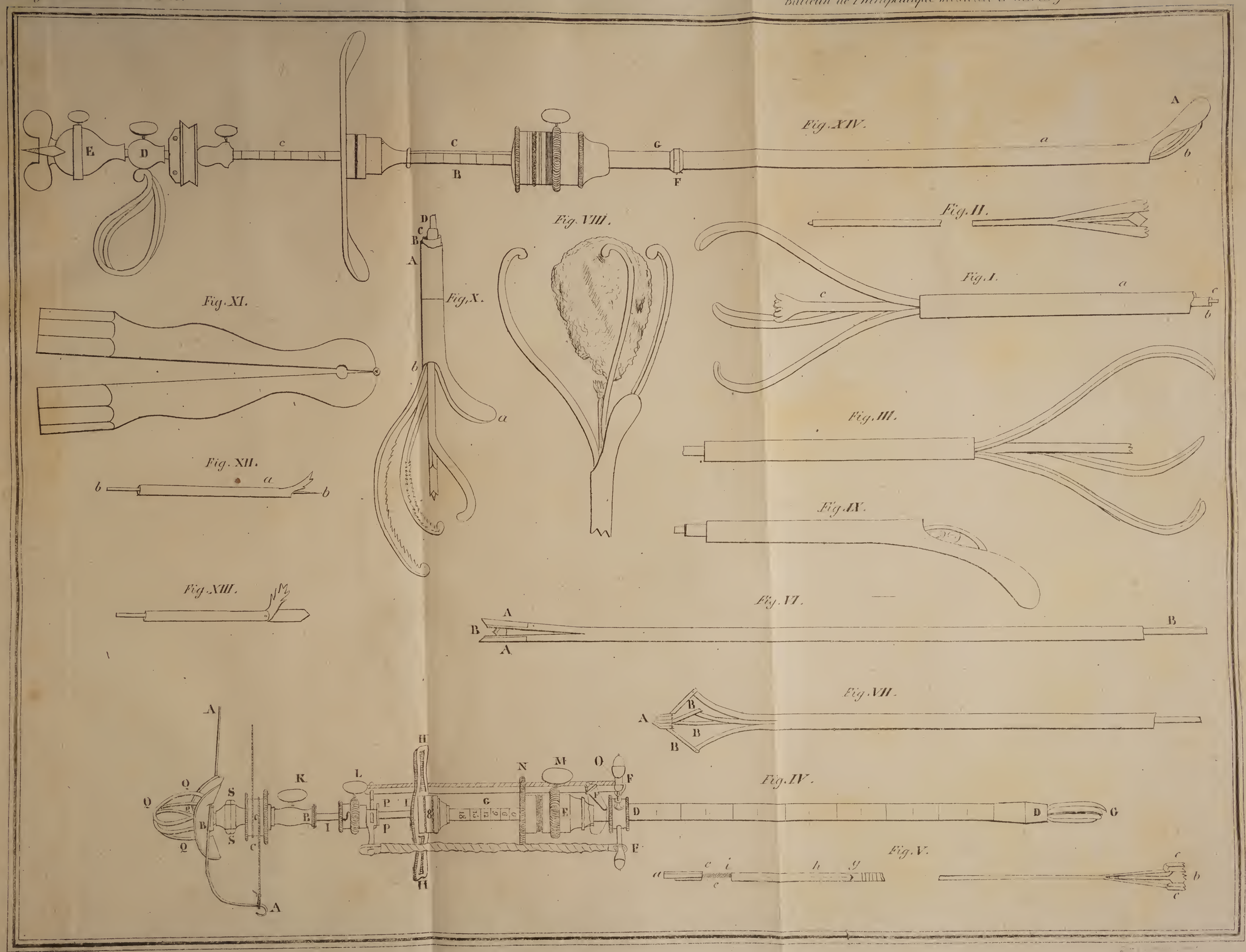


Fig. XIV.
Fig. II.
Fig. VIII.
Fig. I.
Fig. X.
Fig. XI.
Fig. III.
Fig. XII.
Fig. IV.
Fig. XIII.
Fig. VI.
Fig. VII.
Fig. V.

flétrit, et les malades conservèrent les yeux ouverts jusqu'à la fin de la maladie. Une quinzaine de malades soumis à cette méthode en éprouvèrent les bons effets. Une chose digne de remarque, c'est que les pustules qui se trouvent en contact avec le mercure s'affaissent promptement, n'augmentent plus de volume, contiennent une petite quantité de matière, se dessèchent vite, et ne laissent qu'une très-petite cicatrice à la peau.

D'après ces résultats avantageux qui n'ont jamais été nuisibles aux malades, j'ai souvent été tenté de frictionner toute la face et le cou des varioleux, en respectant toutefois les autres parties du corps; mais craignant de provoquer, par ce moyen, une métastase sur un des organes qu'il est important de conserver dans leur état normal, j'ai hésité jusqu'à ce jour de céder à mon désir, ne doutant pas un seul instant que ce moyen ne soit très propre à prévenir le gonflement de ces parties et le développement des boutons varioleux. Je me propose d'en faire l'expérience lorsque l'occasion s'en présentera, en ayant soin d'observer, avec la plus scrupuleuse attention, la marche de la maladie et les effets du médicament.

J. FERRIER,

Chirurgien du lazaret de Trompeloup (Gironde).

Sur l'Emploi du sous-nitrate de bismuth dans la diarrhée.

Monsieur et très-honoré confrère, ce n'est pas chose nouvelle, en thérapeutique, que l'emploi du sous-nitrate de bismuth, dans le traitement des flux intestinaux. Depuis longtemps, le *Précis de la constitution médicale du département d'Indre-et-Loire* a fait connaître les avantages qu'on peut retirer de ce précieux médicament, non-seulement dans la diarrhée, mais encore dans la dyssenterie, la cholérine et même le choléra. A l'époque surtout où la cholérine régnait épidémiquement à Tours, ce journal a constaté les succès qu'on y obtenait de pilules composées de sous-nitrate de bismuth, d'extrait aqueux d'opium et de colombo.

Enhardi par les succès obtenus, j'ai essayé ces mêmes pilules, dans le choléra: sur 84 individus atteints à des degrés différens d'intensité, et soumis uniquement à leur usage, 51 ont obtenu une amélioration prompte et durable; chez les 33 autres, les vomissemens et les selles arrêtés assez promptement n'en ont pas pour cela amené une guérison plus solide. Le mieux n'a été que passager.

Dans un mémoire adressé à l'Académie royale de Médecine, j'ai établi avec précision le moment où le sous-nitrate de bismuth est indiqué dans le traitement du choléra-morbus. Divisant le cours de cette redoutable maladie en deux périodes bien distinctes; savoir: celle des évacuations et celle de la stase du sang, par suite de la soustraction du sérum, j'ai signalé les heureux effets que ce médicament pouvait produire dans la première, et l'inutilité de son action. Dans la seconde, où les évacuations s'arrêtent d'elles-mêmes, faute *d'aliment*, j'emploie quelquefois le sous-nitrate de bismuth seul, mais le plus ordinairement aussi, uni à une préparation opiatique, et au *colombo*. Cette combinaison m'a surtout réussi dans le traitement de la dyssenterie, maladie très-fréquente dans la province que j'habite.

En vous écrivant, M. le rédacteur, ce n'est pas pour réclamer la *priorité*, mais pour appuyer les idées de mon très-honorable compatriote, M. Trousseau. Je me propose même de vous adresser un mémoire assez étendu sur cet intéressant sujet. J'espère que vous jugerez mon travail digne de fixer l'attention de vos lecteurs.

Agréez, etc. ARCHAMBAULT, D. M. P.,

secrétaire-général de la Société médicale de Tours.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'Influence de la Médecine sur la population.

Si la médecine n'est pas une chimère; si la thérapeutique, qui en est la conséquence et le but, est bonne à quelque chose, il paraît impossible qu'elle n'ait pas une influence plus ou moins grande sur la population.

Malheureusement, la question est des plus difficiles et des plus délicates. Au premier coup d'œil, il semble que c'est un simple résultat de statistique à trouver. Mais comment démêler dans ce résultat ce qui appartient à la médecine et ce qui lui est étranger; car vingt causes différentes concourent avec elle au même but: tels sont les progrès de l'hygiène particulière et publique, les progrès de l'agriculture et de l'industrie, l'aisance qui en est la suite, une bonne administration, une assiette bien entendue des charges qui pèsent sur le peuple, une juste répartition des impôts autorisés par la loi, etc.

D'autre part, la médecine a si souvent changé de face, elle est si différente d'un pays à un autre, d'une école à une autre, elle a autorisé, prescrit des pratiques si diverses, qu'en confondant les temps et les lieux, il est impossible qu'on ne confonde pas des choses fort dissemblables.

Quoi qu'il en soit, au milieu de toutes ces difficultés, essayons du moins de simplifier le problème. Pour cela, au lieu d'embrasser dans nos calculs la population d'un grand royaume comme la France, attachons-nous à une province, à une ville. Au lieu de considérer la médecine en général, prenons d'abord une de ses parties, choisissons une de ses méthodes; mais choisissons de manière que, si on nous conteste nos conclusions, on respecte du moins nos principes. Cette méthode, ce sera la vaccine, la plus sûre et la plus générale de toutes les pratiques médicales. Il sera d'ailleurs facile à ceux qui trouveraient que nos raisonnemens roulent dans un cercle trop étroit, de les généraliser et de les étendre à toute la médecine.

La vaccine prenant la place de la petite-vérole, on a dit qu'elle ajoutait nécessairement à la population tout ce qu'en aurait retranché la petite-vérole. Ce raisonnement est si simple, qu'on ne voit pas d'abord ce qu'on pourrait lui opposer. Voyons cependant ce que disent les recensemens les mieux faits.

Le docteur Watt a dépouillé les registres de Glascow, de 1783 à 1830, et, s'il faut l'en croire, la mortalité n'a pas varié dans ce long intervalle parmi les enfans de zéro d'âge à dix ans.

Il était curieux de faire les mêmes recherches dans un pays comme l'Italie, où, par mesure de police, les parens sont tenus de faire vacciner leurs enfans. Rusconi a fait ce relevé pour Pavie. On ne peut pas dire qu'il y ait complète similitude; mais il y a très-peu de différence dans le nécrologue des enfans avant et après la vaccine.

Deux médecins français sont entrés dans la même carrière, quoique avec des sentimens bien différens. M. Eymard s'est appliqué à compulser les registres de l'état civil de la ville de Grenoble. Il a pris pour terme de comparaison les vingt-cinq années qui ont précédé la vaccine, et il les a opposées aux vingt-cinq années qui l'ont suivie. Examen fait, il a trouvé qu'il n'y avait rien de changé. D'où il se croit autorisé à conclure que les gouvernemens n'ont rien gagné à cette découverte, et qu'ils ne lui doivent ni appui, ni protection.

Un autre médecin, qui a voué sa fortune et sa vie à la pratique de la vaccine, M. Barrey, a fait pour Besançon ce que M. Eymard a fait pour Grenoble. Ses calculs embrassent précisément les mêmes années et le même nombre d'années. Le résultat seul varie, mais varie peu. Il se trouve que, dans la première époque, de 1777 à 1801, les naissances se sont élevées à 26,113, et les décès à 26,155; dans la deuxième époque, de 1802 à 1826, les naissances ont été de 23,643, et les décès de 22,694. Grand admirateur de la vaccine, on pense bien que M. Barrey ne manque pas de faire observer que, dans les premières époques, les décès surpassaient les naissances, tandis que c'est le contraire dans la seconde. Mais, encore une fois, la différence est si légère, qu'après vingt-cinq ans il n'y avait pas mille habitans de plus à Besançon, et mille habitans, c'est à peine le tiers de ce qu'elle aurait dû avoir en trente ans à une naissance par trente personnes. Il faut convenir que cela n'est pas fait pour donner une haute idée de la puissance de la vaccine pour peupler les états.

Dira-t-on que la vaccine ne préserve pas de la petite-vérole, ou que, par une funeste compensation, elle met à la place d'une maladie d'autres maladies non moins graves qui rétablissent l'équilibre? Je proteste hautement contre cette explication donnée par Watt et par M. Eymard.

Cependant comment concilier l'espèce de contradiction qui existe entre ces faits de statistique et l'incontestable propriété de la vaccine de tenir lieu de la variole?

Je répondrai d'abord que, s'il est vrai que la population ne varie pas à Glascow, à Grenoble et à Besançon, il n'en est pas ainsi dans le reste de l'Angleterre et de la France. L'Europe a gagné 70 millions d'habitans, depuis que J.-J. Rousseau et Montesquieu ont écrit qu'elle se dépeuplait. La France seule en compte 8 millions de plus en 1833 qu'en 1775.

Mais je suis forcé d'en convenir, cet accroissement a commencé longtemps avant qu'on ne songeât à la vaccine; et, ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est qu'il semble se faire suivant une ligne de progression dont il ne s'écarte pas. Cette progression est de 2,000,000 pour 15 ans, 4,000,000 pour 30 ans, 1,000,000 pour 7 ans. Les progrès de la médecine n'y ont rien changé.

Il faut donc qu'il existe une loi supérieure à toutes les bonnes pratiques médicales, une loi qui règle en souveraine la population des états.

S'il suffisait de faire des enfans pour peupler, la terre serait bientôt couverte d'habitans; il n'y aurait d'autres limites au nombre que les bornes de l'espace. Mais ce n'est pas tout que de mettre des enfans au monde; il faut les élever, c'est-à-dire fournir à tous les besoins, des alimens, des vêtemens, suivant la saison, des habitations saines, et bien d'autres petits soins dont l'enfance de l'homme ne peut se passer impunément.

Poussé par l'attrait du plaisir qui l'invite à se reproduire, l'homme ne résiste pas toujours également à ses passions. L'artisan, le pauvre fait volontiers autant d'enfans qu'il en peut nourrir, et souvent plus qu'il n'en peut nourrir. Esclave des préjugés sociaux, le riche en fait beaucoup moins qu'il n'en peut élever; car il songe à l'avenir de sa postérité.

De là de grandes différences dans la mortalité. Lisez les tableaux de M. Villermé, si versé dans toutes les questions de statistique, vous y verrez que, dans les basses classes, il périt infiniment plus d'enfans que dans les classes élevées de la société. La fortune, l'aisance fait cette différence.

Les économistes ont donc raison de dire qu'il n'y a qu'une seule cause qui augmente, diminue, modifie à son gré la population, c'est la production, la subsistance ou la richesse; puissance si absolue, que rien n'en peut balancer les effets, ni les altérer d'une manière durable. Les épidémies les plus meurtrières, les guerres les plus opiniâtres et les plus sanglantes, n'y portent qu'une atteinte passagère, parce que les vides qu'elles font sont presque aussitôt remplis. Sur le premier point, je renvoie au mémoire de M. Villermé, inséré dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène;* sur le second, la France entière sera mon autorité, la France dont la population n'a cessé de s'accroître pendant les saturnales de la Convention et pendant les luttes sanglantes de l'empire.

Il n'y a, disons-nous, que l'émission d'un plus grand nombre de produits qui agisse sur la population, et l'accroissement des produits suit toujours les progrès de l'industrie. Parcourez la surface de la terre, l'histoire à la main, partout vous verrez les hommes affluer là où la civilisation porte ses pas. Voyez l'Égypte, la Grèce, l'Italie, autrefois si florissantes! Cependant le sol n'est pas changé, le climat est toujours le même. Qu'est-ce qui manque donc? Les lettres, les sciences, les arts, ont porté ailleurs leur empire.

Faites fleurir le commerce, donnez à l'industrie toute l'extension dont elle est susceptible, occupez les bras oisifs, multipliez sous toutes les formes les choses nécessaires à la vie, les alimens, les vêtemens, les habitations salubres, etc., et ne vous mettez pas en peine du résultat; il arrivera ce qui arrive dans les années d'abondances. Il se fera plus de mariages, le chiffre des naissances s'élèvera, et les enfans, élevés au sein de l'abondance, grandiront, prospéreront, et, devenus hommes à leur tour, paieront doublement leur dette à la société par le travail et par leur postérité.

C'est dans ces temps heureux pour les nations que la médecine montre et déploie toute sa puissance. Si elle arrache une victime à la variole, du moins il n'est pas à craindre que la faim, la soif, le froid, la misère enfin, viennent détruire son ouvrage.

Mais le triomphe de la médecine, et particulièrement de la vaccine, n'est pas là: il est dans ces pays encore vier-

ges qui, admis par la conquête ou autrement, à partager tous les bienfaits d'une civilisation avancée, produisent beaucoup plus qu'ils ne peuvent consommer. Tels sont les États Unis d'Amérique. Aussi dit-on que la population y double tous les vingt ans ; mais cet accroissement ira diminuant, à mesure que le nombre des hommes s'élevera, et cessera le jour où ce pays possédera toute la population compatible avec ses revenus.

Ici se présente une nouvelle question. On suppose ce jour arrivé, et l'on demande si la médecine perd dès lors toute action sur la santé, sur la vie des hommes.

La médecine conserve toujours son influence sur les individus ; mais nous parlons en ce moment des nations. Il y a pour elles deux manières de se maintenir à cet état florissant. Dans l'une, les décès et les naissances se succèdent rapidement et dans la même proportion. S'il survient une perte dans une famille, elle est bientôt réparée ; s'il survient une épidémie les mariages sont plus féconds les années suivantes. Il m'est impossible d'entrer dans des détails à cet égard ; je renvoie à l'excellent ouvrage de M. J.-B. Say, sur l'économie politique.

Mais il est pour les nations un autre moyen de conservation, sans le secours de ces naissances multipliées, dont le retour trop fréquent n'est pas moins nuisible à la richesse publique que la fécondité des mariages à la richesse des particuliers. Ce moyen est de retarder, d'éloigner l'instant du décès. C'est là véritablement le triomphe des institutions humaines, et tel doit être le but de tous les efforts des gouvernemens. C'est surtout de cette manière qu'agit la médecine parmi les peuples les plus avancés en civilisation ; elle étend, elle alonge le fil de la vie. La vie moyenne est en effet fort différente aujourd'hui de ce qu'elle était il y a seulement quelques années. En 1806, Duvillard l'a fixée à vingt-huit ans, et l'on estime qu'elle est en ce moment à trente-trois. Elle a donc gagné cinq ans, et peut-être davantage, en un quart de siècle. Cet avantage est immense ; on le doit en partie à la vaccine.

Mais, dira-t-on, en prolongeant la vie moyenne, la médecine favorise la propagation, et en favorisant la propagation, elle ajoute nécessairement au monde des hommes. Faut-il répéter encore que le difficile n'est pas de faire des enfans, c'est de les faire vivre. Si un père et une mère mettent au monde quatre enfans et qu'ils n'en puissent nourrir que deux, les deux autres pâtiront infailliblement : c'est ce qui a lieu dans le peuple.

Mais, en prolongeant la vie moyenne, la médecine favorise aussi le travail, et par conséquent la production. En ce sens, j'en conviens, elle contribue à l'accroissement de la population, quoique d'une manière indirecte.

Ceux qui ont crié contre les couvens, parce que les hommes s'y condamnaient à la chasteté, ont prouvé qu'ils n'avaient pas des idées bien saines en économie politique. Il est d'autres reproches et des reproches plus mérités à leur faire. Ce n'est pas en s'interdisant la faculté de propager qu'ils nuisaient à la société, c'est en se vouant à l'oisiveté. S'ils eussent occupé leurs bras, s'ils eussent exercé leur esprit, s'ils eussent cultivé les lettres, les sciences, comme le faisaient du reste certains ordres, ils auraient rempli leur tâche à leur manière, et satisfait aux conditions du pacte social. Qu'aurait-on pu leur demander encore? Des enfans? Assez d'autres sans eux se seraient chargés d'en donner à la société. Sur cet article, ils étaient faciles à remplacer ; car la propagation allant beaucoup plus vite que la production, il s'ensuit que, dans une société bien organisée, tous les hommes sont obligés de se rendre utiles par le travail ; mais ils ne sont pas tous tenus de propager ; s'il y travaillaient tous avec le même zèle, il viendrait bientôt un moment où la terre ne pouvant suffire à leurs besoins, le superflu périrait de faim et de misère.

Après ce qui précède, la question de savoir si la terre est aujourd'hui plus ou moins peuplée qu'autrefois, cette question est résolue. Soutenir qu'elle est moins peuplée, ce serait soutenir que les arts, les sciences, le commerce, l'industrie, étaient plus florissans que nous ne les voyons. Sans doute, il est des temps heureux pour les lettres et les arts. Les siècles de Périclès, d'Auguste, des Médicis, de Louis XIV, seront à jamais les époques glorieuses de nos annales ; mais l'esprit des lettres et des beaux-arts n'est pas celui des sciences ni de l'industrie. Hors du domaine de l'imagination est le monde positif, et là tout marche lentement et progressivement.

Cependant Montesquieu s'est prononcé pour l'antiquité ; il faut pardonner cette erreur au génie. Il parcourt les différentes capitales qui tour à tour ont brillé sur la terre, et fait voir qu'elles sont devenues presque désertes. Que Thèbes aux cent portes, qu'Athènes, Sparte, Rome, Constantinople, aient été plus peuplées, cela n'est pas douteux ; mais ces populations n'ont fait que se déplacer. Il est bien naturel que, lorsqu'une ville devient le centre d'un grand empire, elle appelle dans son sein des hommes qui l'abandonnent à mesure que la civilisation se retire.

En suivant ce système, Montesquieu estime que la terre n'avait pas la dixième partie des hommes qu'elle avait possédés, et il ajoute que si cela continue elle sera déserte en dix siècles. Quelque respect que mérite un si grand nom, on me dispensera, je pense, de retracer ici toutes les explications physiques et morales qu'il donnait d'une révolution si extraordinaire. Voltaire, toujours si raisonnable quand il n'est pas dominé par la passion, Voltaire n'était pas si crédule. Il faut se méfier, dit-il, de cette multitude prodigieuse de Huns, d'Alains, de Visigoths, d'Ostrogoths et de Vandales qui se répandirent comme des torrens sur l'Europe au cinquième siècle ; il faut se méfier de ces millions d'hommes qui composaient les armées de Xerxès, de Cyrus et de Tomyris. Voltaire était convaincu au contraire que l'Allemagne, l'Angleterre, la France, étaient bien plus peuplées de son temps qu'elles ne l'étaient du temps de César ; et la raison qu'il en donne semble péremptoire : c'est la prodigieuse extirpation des forêts, et le nombre toujours croissant des grandes villes ; à quoi il faut ajouter le perfectionnement des sciences et des arts, et les progrès de la raison humaine en général.

BOUSQUET.

ESSAI THÉRAPEUTIQUE SUR LE SOUS-NITRATE DE BISMUTH.

SECOND MÉMOIRE.

De l'Emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement des maladies de l'estomac.

Dans le précédent mémoire, j'ai fait connaître les avantages que l'on pouvait retirer de l'administration du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la diarrhée, soit aiguë, soit chronique. Maintenant j'essaierai d'indiquer les circonstances dans lesquelles on peut employer avec succès le même médicament pour le traitement des maladies de l'estomac. Ici la manœuvre thérapeutique sera plus difficile, et j'aurai sans doute peine à être compris des médecins qui ont toujours attaché une importance presque exclusive à ce qu'ils appellent les *grands malades*, et qui, négligeant les indispositions qui minent lentement la santé, ont à peine gardé le souvenir de ces innombrables modifications pathologiques que les femmes, et celles surtout d'un rang élevé, éprouvent dans les organes de la digestion. Mais les praticiens de détail, ceux qui luttent avec conscience et intérêt contre tous les maux guérissables de leurs malades, et qui mille fois ont échoué dans le traitement des maladies de l'estomac chez les deux sexes, me sauront quelque gré, je l'espère, de leur faire connaître des moyens thérapeutiques qui, s'ils ne guérissent pas toujours, soulagent du moins dans le plus grand nombre des cas.

A. *Gastrite aiguë simple.* J'ai plusieurs fois administré le sous-nitrate de bismuth à la dose de 18 ou 24 grains par jour dans la gastrite aiguë, et je n'ai jamais, il est vrai, aggravé les symptômes; mais je n'ai évidemment soulagé les malades qu'une seule fois. Aussi ai-je entièrement renoncé à employer ce moyen dans la maladie dont je viens de parler. Que si le sous-nitrate de bismuth est inutile dans la période aiguë et fébrile de la gastrite, il n'en est pas de même lorsque la fièvre est passée, et qu'il ne reste que de l'inappétence, des nausées et un sentiment d'embarras dans la région de l'estomac; dans ce dernier cas, j'ai eu beaucoup à me louer de l'administration de 24 ou 36 grains de bismuth, continués jusqu'à parfaite guérison.

B. *Vomissemens spasmodiques.* Souvent chez les femmes il survient des vomissemens qui se répètent avec une fréquence et une opiniâtreté inconcevables : la peau est fraîche; il n'y a ni fièvre ni soif; la seule chose dont se plaignent les malades est une douleur horrible au creux de l'estomac et le long des attaches du diaphragme. Cette vive douleur est calmée, ou tout au moins singulièrement diminuée quand on presse l'estomac avec la main tout entière. Les vomissemens spasmodiques se montrent surtout après de vives émotions, quelquefois au commencement de la grossesse. Alors que les boissons glacées et gazeuses, les applications irritantes, narcotiques, froides, les sangsues, les ventouses sur la région de l'estomac; alors même que les bains frais avec affusion, si efficaces dans cette maladie, ne procuraient qu'une amélioration de peu de durée; j'ai quelquefois trouvé dans le sous-nitrate de bismuth, donné à la dose d'un à deux scrupules par jour, et continué pendant une semaine, un moyen de soulagement bien précieux; quelquefois aussi, alors que le bismuth avait complétement échoué, quelques-unes des médications qui ailleurs avaient été inutiles rendaient à leur tour de grands services. De sorte que je ne puis pas dire que le sous-nitrate de bismuth soit toujours un bon remède dans le traitement du vomissement spasmodique; je puis affirmer seulement qu'il est un des moyens sur lesquels on peut le mieux compter.

C. *Gastrite chronique.* Une femme de soixante-sept ans, d'une vigoureuse constitution, que n'avaient point altérée les travaux de la campagne et une nourriture assez mauvaise, commença à éprouver, au commencement de l'hiver 1832, des douleurs d'estomac, accompagnées d'éructations nidoreuses, de nausées, d'inappétence. Bientôt les accidens firent des progrès, et, dans le mois de février, la malade ne put rien manger qu'elle ne le vomît. Elle entra à l'Hôtel-Dieu de Paris. Les vomissemens se répétaient six ou huit fois par jour; ils étaient glaireux, et, au fond du vase où ils avaient été reçus, se trouvait un mucus visqueux, comme cela s'observe dans les catarrhes chroniques de la vessie. Dans la région épigastrique se trouvait une tumeur oblongue qui avait exactement la forme de l'estomac revenu sur lui-même : nausées continuelles, éructations nidoreuses, constipation, amaigrissement, apyrexie. Le sous-nitrate de bismuth fut immédiatement prescrit à la dose de 18 grains, et porté rapidement jusqu'à 36 par jour. Pour tout aliment et pour toute boisson, une livre et demie de lait et une bouteille d'eau de Vichy artificielle. Dès le second jour, les vomissemens cessèrent : après huit jours, il n'y avait plus ni nausées, ni éructations; la tumeur de la région épigastrique avait complètement disparu. On augmenta peu à peu la quantité des alimens, et pendant six semaines que la malade passa à l'hôpital, il n'y eut qu'un vomissement. De temps en temps, les éructations revenaient lorsque la malade voulait manger de la viande. Elle sortit de l'hôpital, malgré nos conseils, imparfaitement guérie sans doute, puisqu'elle ne pouvait encore bien digérer la viande, mais dans un état tellement satisfaisant, qu'elle se croyait guérie, et qu'elle l'eût été bien probablement, si elle n'eût voulu nous quitter trop tôt.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, à la tête d'une grande fortune patrimoniale, qu'il tourmentait de toutes les manières sans pouvoir la dépenser, éprouva, après des excès de table, des douleurs d'estomac accompagnées d'inappétence. La langue était chargée, l'haleine mauvaise; il y avait souvent des éructations fétides et acides. Ces accidens prirent plus de gravité, et bientôt le malade cessa de manger et tomba dans une grande mélancolie. Depuis un an, il avait renoncé à tous les plaisirs, et suivi exactement un traitement antiphlogistique fort sévère. Il réclama mes conseils au commencement de l'année 1832. Je le mis immédiatement à l'usage du sous-nitrate de bismuth, qu'il prit à la dose de 18 grains par jour, au moment de ses repas. Il dut boire un peu de vin vieux de Bordeaux, coupé avec moitié eau, et manger en faible quantité, d'abord, un peu de bœuf à peine cuit. Un mois ne s'était pas écoulé, qu'il avait repris tout son appétit; les fonctions de l'estomac étaient complétement rétablies, et depuis lors, elles ne se sont jamais altérées. Le bismuth fut

continué pendant quelque temps, lors même que la guérison parut complète.

Dans la gastrite chronique simple, comme était celle des deux malades dont je viens de rapporter sommairement l'histoire, je n'hésite pas à prescrire tout d'abord le sous-nitrate de bismuth. La dose, chez les adultes, est d'un à deux scrupules dans les vingt-quatre heures. Je fais mettre ce médicament en pilules et mieux en paquets, et on le prend en mangeant. Pendant les premiers jours, et jusqu'à ce que l'appétit se prononce et que les nausées et les éructations soient dissipées, j'exige du malade qu'il ne boive que du lait coupé avec de l'eau de Vichy artificielle. Pour les femmes nerveuses, je remplace l'eau de Vichy par une solution d'un demi-gros de bicarbonate de soude dans une bouteille d'eau, ou bien encore je fais dissoudre le sel dans le lait lui-même. L'eau de Vichy artificielle, par la grande quantité de gaz acide carbonique qu'elle contient, irrite souvent les nerfs des femmes et contrarie le traitement, tandis que la solution de bicarbonate de soude neutralise les acides de l'estomac, s'oppose à la prompte acidification du lait et des alimens fermentescibles, et, sous ce rapport, elle a un avantage incontestable. Dès que l'appétit se prononce, et que les éructations acides ont entièrement disparu ou qu'elles sont devenues moins fréquentes, je prescris des potages gras, du poisson bouilli, puis de la viande de boucherie bouillie ou cuite à l'étouffé, plus tard de la viande rôtie, et en dernier lieu des légumes. Cependant on a dû toujours insister sur l'administration du bismuth, et cesser la solution de bicarbonate de soude ou l'eau de Vichy, dès que la digestion est devenue facile.

J'ai dit tout à l'heure que je commençais l'alimentation par du poisson bouilli, et que je ne permettais la viande rôtie que lorsque les malades avaient pendant longtemps pris de la viande bouillie. Cette recommandation ne m'est point ici suggérée par quelque vue théorique; l'expérience m'a forcé d'apprendre que, chez les malades atteints de gastrite ou d'entérite chroniques, la même viande rôtie causait souvent de graves accidens, lorsque, bouillie, elle était facilement digérée.

Dès que les fonctions digestives sont bien rétablies, je recommande expressément aux malades de varier beaucoup leurs alimens, et je regarde cette précaution comme le plus sûr moyen de prévenir toute récidive.

Le bismuth doit être continué au moins pendant un mois après complète guérison; seulement on a soin d'en diminuer graduellement la dose.

D. *Gastrite chronique avec constipation et diarrhées alternatives.* Souvent aux symptômes de la gastrite chronique se joignent ceux de l'entérite. Une diarrhée habituelle épuise le malade, et si elle cesse quelques jours, c'est pour être remplacée par une constipation douloureuse. Dans cette conjoncture, je suis exactement la même médication que pour la diarrhée chronique, et j'ai dit dans le précédent mémoire quelle était cette médication. Quand, au contraire, la gastrite se complique d'une constipation opiniâtre, je me trouve moins bien de l'emploi du sous-nitrate de bismuth, et ce médicament est ordinairement insuffisant; il faut alors l'associer à la magnésie calcinée qui s'administre à jeûn, tous les deux ou trois jours, à la dose d'un demi-gros ou de deux scrupules. Cependant il ne faut pas craindre d'insister sur les quarts de lavemens purgatifs que je compose de préférence avec la teinture alcoolique de rhubarbe.

E. *Gastralgie simple.* La gastralgie simple, c'est-à-dire celle qui ne paraît pas liée à quelques troubles fonctionnels des organes génitaux, est une maladie assez commune dans les deux sexes. Cette affection s'observe souvent chez les femmes nerveuses, chez les hommes de cabinet, chez ceux qui sont épuisés par des chagrins, des travaux ou des plaisirs. Le plus ordinairement elle se guérit avec facilité par l'usage longtemps continué du sous-nitrate de bismuth; et il est important que le médicament soit administré alors même que les organes digestifs semblent être dans le meilleur état; autrement on aurait à craindre une rechute que l'on n'a plus à redouter, lorsque, depuis six semaines ou deux mois, l'estomac est dans l'état le plus sain.

F. *Gastralgie compliquée.* Mais, lorsque la gastralgie n'est qu'un symptôme de la chlorose, lorsqu'elle se lie à des ménorrhagies fréquentes, à des flueurs blanches abondantes, à l'aménorrhée des jeunes filles, le sous-nitrate de bismuth modère quelquefois les accidens, mais il ne guérit que très rarement les douleurs d'estomac; c'est dans ce cas que les préparations martiales jouissent de la plus grande efficacité, ainsi que je l'ai fait voir dans un travail que j'ai publié l'année dernière avec M. le docteur Bonnet, dans les *Archives générales de médecine.* Ce que je dis ici des gastralgies qui ne sont qu'un accident de la chlorose, je le dis aussi des gastralgies des hommes qui suivent les grandes pertes de sang. Ceci s'applique entièrement aussi aux entéralgies dans les deux sexes.

G. *Gastro-entéralgies avec symptômes nerveux.* La gastro-entéralgie s'accompagne souvent chez les femmes de modifications spéciales du système nerveux qu'il est impossible de décrire avec précision, mais que, dans le monde, on désigne sous le nom commun de maux de nerfs. Ces maux de nerfs sont caractérisés par des agacemens musculaires continuels, par une exaltation de la sensibilité, par une inégale répartition de la chaleur animale, et par des dispositions morales irrégulières. Le froid des pieds est un symptôme à peu près constant; il s'accompagne le plus souvent d'un sentiment de brûlure dans les entrailles, ainsi que dans les parties génitales, et il est bien singulier que ce sentiment d'ardeur des organes génitaux, loin d'être un indice d'appétits vénériens, rende, au contraire, les rapports sexuels presque insupportables aux femmes. Ces désordres nerveux prennent un surcroît d'intensité à l'approche des règles; mais de rares qu'ils étaient d'abord, ils finissent par être presque continuels, et jettent les femmes dans un état d'irritabilité et de mélancolie qui les rend à charge à elles-mêmes et souvent à ceux qui les entourent.

Cette forme de la gastralgie est la plus difficile à guérir que je connaisse. Le sous-nitrate de bismuth est jusqu'ici le médicament qui m'ait rendu le plus de services dans cette occasion. Je le donne dès le premier jour à la dose de 24 grains, j'arrive promptement à 48 grains. En même temps je fais prendre chaque jour, ou tous les deux jours au plus tard, des lavemens tièdes avec du mucilage de graine de lin, et des injections vaginales chaudes avec de l'eau. Je dis des injections vaginales *chaudes;* car en les

faisant froides, on augmente extraordinairement la chaleur qu'éprouvent les femmes. Cependant, soir et matin, je fais éponger rapidement le visage, le col, le buste et les pieds avec de l'eau d'abord dégourdie, et enfin froide. Par cette médication complexe, on voit assez promptement disparaître les accidens gastralgiques et les maux de nerfs; que si ces derniers se montrent avec quelque violence, un bain tiède, quelques pilules d'assa fœtida ou d'extrait de valériane, les compriment promptement.

Mais si, dans le traitement des gastralgies en général, le régime est important, il l'est bien davantage encore dans celles qui s'accompagnent d'accidens nerveux : c'est dans ce cas surtout qu'il est presque impossible d'arriver à la curation à l'aide d'alimens débilitans. Il faut, dès que l'estomac commence à les supporter, ordonner le vin de Bordeaux, la viande de boucherie, le poisson de mer un peu élevé en goût, la charcuterie, les fromages de diverses natures; mais il convient d'y aller graduellement et avec ménagement, et de s'arrêter dès que surviennent de plus fortes chaleurs d'estomac et d'entrailles; autrement on dépasserait le but et l'on ferait beaucoup de mal.

H. Il me reste à parler maintenant des effets immédiats du bismuth. D'après les traités de toxicologie que j'avais lus, et même d'après les travaux publiés par divers praticiens sur le bismuth, je croyais que ce médicament pouvait déterminer, à une dose un peu élevée, des symptômes d'empoisonnement. Or, je ne sais si beaucoup de médecins en ont prescrit plus fréquemment que moi; mais je puis affirmer ici que je n'ai jamais vu une seule fois le sous-nitrate de bismuth, pris à la dose d'un, deux et même trois scrupules par jour, causer la moindre colique et la plus légère douleur d'estomac, et très-certainement la magnésie, à la même dose, provoque des signes d'irritation gastro-intestinale beaucoup plus manifestes.

I. Dans ces deux mémoires, je n'ai pas prétendu faire connaître au public une médication qui me fût propre; j'ai voulu seulement appeler l'attention de mes compatriotes sur un médicament que les étrangers emploient avec grand avantage, et dont nous ne nous servions presque jamais en France. J'ai voulu aussi rendre plus familier chez nous l'usage du sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la diarrhée; car il est bien peu de personnes en France qui l'aient employé dans cette circonstance, si l'on en excepte M. Bretonneau de Tours et les médecins de cette ville, qui, depuis plus de quinze ans, l'administrent, à l'exemple de ce grand praticien.

A. TROUSSEAU.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MODIFICATIONS DANS LE PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DU PHIMOSIS.

M. Marotte a publié des modifications utiles que M. Ricord a fait subir au procédé opératoire du phimosis. Elles nous paraissent assez importantes pour les faire connaître à nos lecteurs. Voici les circonstances dont il faut tenir compte avant de recourir à ce procédé, ainsi que les principes d'après lesquels cette opération doit être pratiquée. Le phimosis, comme on le sait, est de deux sortes : l'un congénial ou naturel, l'autre accidentel ou pathologique. C'est le dernier seulement qui est l'objet des considérations de M. Ricord.

Le phimosis pathologique se distingue en phimosis passager et en phimosis permanent. Le premier, œdémateux ou bien inflammatoire, est le résultat d'une phlogose du gland ou de chancres qui assiégent cet organe ou le prépuce lui-même. Cette espèce cède, comme on sait, aux antiphlogistiques. Le second, ou le phimosis permanant, est le produit d'une induration du prépuce ou du rétrécissement de son ouverture par la présence de cicatrices mal formées. Cette seconde espèce ne cède qu'à une opération. Tels sont les principes généralement adoptés. Toutefois, si l'inflammation faisait craindre la gangrène du prépuce et menaçait de se propager jusqu'au gland, M. Ricord n'hésite pas à opérer; car on ne court pas de chances plus fâcheuses que celles que l'on veut éviter, et, de plus, on a celle de faire tomber l'inflammation en dégorgeant les tissus par l'écoulement du sang qui accompagne l'opération. M. Ricord cite un cas où, après l'opération par circoncision, la plaie se réunit en deux jours par première intention.

Quand il existe des chancres ou des symptômes syphilitiques avec le phimosis, MM. Cullerier et Ricord se sont assurés que l'opération ne réussit pas, mais qu'elle ouvre une voie à l'extension de l'ulcère syphilitique, qui se porte partout où une plaie saignante est en contact avec le pus d'un chancre. M. Marotte en cite un exemple dans lequel la guérison de la plaie se fit attendre un mois.

L'opération convenue, M. Ricord la partage en trois temps. Dans le premier, on tire le prépuce en avant; on trace avec de l'encre ou du nitrate d'argent la ligne sur laquelle on veut inciser, puis on abandonne le prépuce à lui-même. On peut s'assurer ainsi du retrait qu'il éprouvera après la section, et fixer de nouveau un point antérieur ou postérieur pour la section, si le premier n'est pas convenable. Dans le second temps, on ramène le prépuce en avant; on place immédiatement derrière la ligne tracée des pinces à pansement, et on coupe au-devant d'elles. Le troisième temps a pour objet d'emporter un excès restant de membrane muqueuse; on saisit l'ouverture de cette membrane au milieu de sa partie supérieure, on la fend d'un coup de ciseaux jusqu'au niveau de la peau, on l'ébarbe de chaque côté et on détache le frein. Ce dernier temps est peu douloureux. Ce procédé est une heureuse modification de celui qui se pratiquait avant M. Ricord.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LE PROTO-CHLORURE DE MERCURE A LA VAPEUR;

Par P. H. BOUTIGNY, pharmacien à Évreux.

Si l'importance d'un agent thérapeutique se mesurait sur le grand nombre de noms qu'il porte (1), celui-ci assuré-

---

(1) SYNONYMIE : — Dragon mitigé, panchymagogue de quer-

nent occuperait une des premières places ; mais il n'est point toujours ainsi. Cependant une longue synonymie est souvent une recommandation puissante aux yeux des praticiens, car elle prouve que le médicament a été dès longtemps et très fréquemment l'objet d'une attention toute particulière.

On ne peut nier que le calomel n'ait été, dès l'origine de sa découverte, un médicament fort employé, et souvent employé avec succès. C'est une de ces combinaisons dont le temps et la pratique ont confirmé les propriétés, et que la mode capricieuse n'a pu parvenir à user. Aujourd'hui même, que la plupart des médicamens sont tombés dans l'oubli, il est prescrit plus que jamais et à des doses très élevées. Mais c'est particulièrement par les médecins de la Grande-Bretagne que cette substance est administrée à de très-fortes doses, et cela, il faut le dire, dans presque toutes les maladies.

N'ayant d'autre but dans cette note que d'appeler l'attention des praticiens français sur la préparation connue sous le nom de *calomélas à la vapeur*, je me tairai sur les propriétés physiques et chimiques du chlorure préparé par l'ancien procédé, sur sa préparation, ses proportions, etc. ; tout cela se trouve dans tous les traités de chimie. Mais j'insisterai sur la nécessité de bien préparer le calomel à la vapeur.

Le calomélas à la vapeur diffère essentiellement du mercure doux, quant à son état de division et à ses propriétés physiques. En effet, le calomélas à la vapeur est blanc, l'autre est jaunâtre ; celui-ci n'est point impalpable, le premier est dans un état de division extrême. De plus, le calomélas à la vapeur ne contient point un atome de deuto-chlorure (sublimé corrosif). Pourrait-on affirmer qu'il en est de même du mercure doux simplement lavé? Je ne le pense pas.

En résumé, le calomélas à la vapeur est blanc ; il est en poudre impalpable, et il ne contient point de sublimé corrosif.

Ces caractères suffisent pour le faire distinguer d'avec le calomélas lavé, et motivent la préférence qu'on lui accorde généralement.

Mais malheureusement ce médicament précieux peut être confondu avec une autre combinaison de chlore et de mercure, connue sous le nom de *précipité blanc*, qui est la même, chimiquement parlant, mais qui en diffère essentiellement quant à ses propriétés médicinales.

Je dis que ces deux combinaisons sont identiques, chimiquement parlant, parce que c'est l'opinion la plus accréditée ; cependant elle n'est point généralement admise. Fourcroy et Chenevix pensaient qu'il existait un chlorure intermédiaire entre le proto et le deuto ; plus tard M. Dubuc de Rouen, mon estimable maître, vint reproduire cette opinion, et M. Guibourt (si ma mémoire est bonne) douta dans le même temps. Que si l'on me demandait mon opinion, à moi, je dirais que je doute aussi, quoiqu'il me paraisse peu probable que ce chlorure existe.

A quoi donc tient la différence *énorme* (c'est le mot propre) qui existe entre les propriétés médicinales du *précipité blanc* et du *calomélas à la vapeur?* Je n'en sais rien quant à présent ; mais peut-être le saurai-je plus tard, car je m'occupe d'un travail sur cet objet.

En attendant, je puis dire que la différence est inhérente au mode de préparation de l'un et l'autre chlorure. En effet, le précipité blanc s'obtient par la précipitation de l'hyponitrate de mercure par le chlorure de sodium, et le calomélas à la vapeur par la sublimation d'un mélange de deuto-chlorure et de mercure. Ici, comme on voit, le chlore et le mercure sont seuls en présence ; là, au contraire, se trouvent les mêmes élémens, plus de l'acide hyponitrique et du sodium, qui jouent sans doute un rôle fort important. Il ne serait point impossible, par exemple, qu'il se formât, ou un nitrite, ou un hyponitrate, ou un nitrate de chlorure de mercure. On m'objectera sans doute que rien ne vient à l'appui de cette opinion (excepté pourtant le mémoire de M. Péligot), et je le sais bien ; mais je puis répondre avec plus de raison peut-être que rien non plus ne démontre qu'elle soit complètement erronée.

De tout ceci, il résulte que les pharmaciens doivent préparer eux-mêmes le calomélas à la vapeur (et je ne saurais trop les y engager), ou bien se le procurer dans des maisons où la réputation est comptée pour quelque chose, comme, chez MM. Pelletier, Boudet, Quesneville, Robiquet, etc., etc.

BOUTIGNY.

---

cetan, panacée mercurielle, aquila-alba, calomélas, sublimé doux, mercure doux (*noms anciens*).

Muriate de mercure doux, sous-muriate de mercure doux. (*Fourcroy et Guyton de Morveau.*)

Proto-hydro-chlorate de mercure, proto-chlorure de mercure. (*Thénard*, etc.)

Chlorure mercureux. (*Berzélius.*)

Calomélas à la vapeur. (*Médecins modernes.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU CHLORURE DE CHAUX DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE.

Monsieur le rédacteur, j'ai lu, dans votre journal du 30 décembre (1), un article sur l'emploi du chlorure de chaux, par le docteur Fantonetti, dans le traitement de la gale. Je vous fais passer quelques réflexions suggérées par cette observation pratique, qui pourront servir à augmenter la confiance que le nom du professeur italien peut avoir donnée à ce médicament. Depuis longtemps, je fais usage du chlorure de chaux contre la gale, et je n'ai qu'à me louer des résultats avantageux que j'ai constamment obtenus. Je m'estimerais trop heureux, si la note que je vous envoie et que j'espère voir dans votre estimable journal peut être utile et contribuer à la guérison de quelques malades. Je vous l'aurais fait passer plus tôt, si je n'avais voulu recueillir assez d'observations pour arriver à des résultats concluans. Je désire que les hommes de l'art qui s'intéressent aux progrès de la science fassent de nouveaux

---

(1) Voy. *Encyclographie des Sc. méd.*, tom 5, lettre B, pag. 31.

essais. J'ose me flatter qu'ils se convaincront que j'ai jugé de l'action du chlorure de chaux avec impartialité.

Exerçant la médecine dans une contrée où le prolétaire forme la majeure partie de la population, et où un tiers des hommes émigrent en automne pour revenir en été passer cette saison dans leur pays, j'ai l'occasion tous les ans de traiter un grand nombre de galeux. Avant 1832, j'avais toujours employé contre la gale des préparations sulfureuses, dont j'avais recueilli les formules dans les hôpitaux de Paris. C'est avec douleur que j'avais rencontré quelques gales invétérées qui résistèrent aux médicamens antipsoriques que je mettais en usage.

Au mois de mars 1832, époque où le choléra, exerçant ses ravages dans la capitale, semblait menacer toute la France, craignant l'invasion de ce fléau en Auvergne, je me procurai une quantité de chlorure de chaux pour m'en servir comme préservatif, si jamais cette affreuse maladie venait visiter nos montagnes. C'est alors que, sans connaître les travaux du docteur Fantonetti, il me vint en idée d'essayer si le chlorure de chaux possédait des propriétés antipsoriques. J'incorporai ce médicament trituré dans une pommade soufrée simple que j'employai pour combattre des gales invétérées, contre lesquelles d'autres médications avaient échoué, et après huit ou dix jours de traitement, j'eus la satisfaction de voir la guérison complète. Enhardi par quelques succès que je fis connaître à quelques-uns de mes confrères, je continuai tout l'été à employer la même méthode, et j'obtins constamment des résultats qui décidaient de plus en plus de la puissance antipsorique du chlorure de chaux. Jusqu'aujourd'hui j'ai toujours employé le même moyen de traitement contre la gale, et je n'ai jamais été obligé de recourir à d'autres médications antipsoriques.

Je n'ai point encore essayé les lotions du professeur italien; je ne crois pas cependant qu'elles puissent offrir les mêmes avantages que la pommade dont je veux parler. D'abord le chlorure de chaux ne se dissout qu'en faible quantité dans l'eau; de manière que, suivant les proportions indiquées par le docteur Fantonetti, la plus grande partie de ce médicament ne se trouve qu'en suspension dans ce liquide, et doit, à cause de la pesanteur du spécifique, se précipiter au fond du vase qui la contient.

Le remède se trouvant dans de telles conditions, il devient impossible, quoiqu'on agite le vase, d'employer à chaque lotion la même quantité de chlorure de chaux. La dissolution altère encore singulièrement les propriétés de ce corps par les changemens chimiques qui s'y opèrent, et la déperdition du chlore qui passe à l'état libre. L'incorporation du chlorure de chaux dans de l'axonge n'entraîne aucun effet chimique; tous les élémens constitutifs de ce corps s'y trouvent suivant leur affinité première.

Je me propose d'essayer les lotions de M. Fantonetti en même temps que je continuerai à employer ma pommade. Je ferai un tableau comparatif; et lorsque j'aurai recueilli assez d'observations pour arriver à des conclusions, je vous en ferai connaître le résultat.

Voici de quelle manière je traite les galeux qui m'accordent leur confiance. Je donne à chacun dix à douze onces de la pommade suivante :

Soufre sublimé lavé.	1 once et demie.
Chlorure de chaux bien trituré. . .	2 onces.
Axonge.	6 onces.

Mélangez suivant l'art.

Chaque malade fait matin et soir, pendant dix ou douze jours, des frictions avec cette pommade, sur tous les points occupés par des vésicules. Tous les deux jours, je lui fais faire des lotions avec de l'eau tiède, sur les parties du corps enduites, afin de déterger la peau et de lui rendre son aptitude à l'action du médicament. Je modifie le traitement hygiénique suivant l'âge et la constitution du malade. Les bains seraient préférables aux lotions; mais, à cause de la difficulté que l'on a à la campagne pour se procurer une baignoire, je trouve fort peu de galeux qui veuillent en faire usage. On est, en général, dans nos contrées, peu docile aux ordonnances du médecin. Un malade ne croit pas nécessaire d'employer des moyens auxiliaires pour guérir, lorsqu'il sort de chez un homme de l'art, et qu'il porte dans sa poche un médicament qui lui coûte de l'argent. Aussi sommes-nous obligés de simplifier, autant que possible, le traitement des maladies.

HOSPITAL, D. M. P.
A Saint-Germain-l'Herm (Puy-de-Dôme).

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

JUILLET 1833.

NOTICE

Sur les Lignites du département des Pyrénées-Orientales ;

Par M. FARINES, pharmacien à Perpignan.

Les lignites qu'on observe dans les terrains de transport de plusieurs localités du département des Pyrénées-Orientales, paraissent avoir été tous formés à des époques différentes ; ceux d'Estavar en Cerdagne sont les plus abondans ; ils ont été exploités pendant longtemps pour alimenter un four à chaux. Aujourd'hui on les consomme pour les besoins domestiques. Cette couche de combustible est très puissante ; elle est formée de masses plus ou moins considérables, qui représentent des branches et des troncs d'arbres d'une dimension souvent gigantesque. L'inclinaison de cette couche a lieu du nord-ouest au sud-est, et la pente des terrains qui lui sont subordonnés se termine à la rivière la *Sègre ;* la position désordonnée dans laquelle se trouvent les végétaux qui ont donné lieu à la formation de ce banc de lignite, indique que c'est par l'effet d'une commotion souterraine que la forêt a dû être détruite, les arbres enfouis ou du moins bouleversés, et que, le terrain sur lequel se trouvait la forêt s'étant abaissé, les eaux pluviales se sont rassemblées dans cet endroit et ont formé un lac ; il est problable que ce lac n'était pas limité au seul terrain à lignites, qu'il occupait tout le bassin de la Cerdagne, et que sa disparition a eu lieu par une saignée qui est représentée aujourd'hui par la Sègre. En examinant la couche alluviale qui recouvre le terrain lacustre, on voit qu'elle participe de la nature des roches qui constituent le terrain au *sud-est* de la Cerdagne, ce qui indique que ce lac était alimenté principalement par les eaux qui descendaient du côté de *Nource* par la vallée d'Eyner ; par suite il s'est formé une succession de dépôts de limon sableux imprégné de coquilles d'eau douce comprimées et écrasées, plusieurs déterminables en place ; les principales espèces que j'ai reconnues sont les *limneus stagnalis, palustris, auricularia, paludina impura, valvata piscinalis, planorbis carinatus*, et des bivalves du genre cyclade. Ces dépôts lacustres recouvrent les lignites, et sont colorés en brun plus ou moins foncé, suivant leur éloignement du combustible. Cette coloration leur a été communiquée par la pénétration d'un suc fourni par un commencement de bituminisation de substances végétales.

Les lignites d'Estavar n'ont été que peu ou point comprimés ; ils conservent en général la forme primitive du bois et la position des arbres après la catastrophe ; ils n'ont subi qu'une faible altération, puisqu'on distingue très bien les fibres végétales ; ils brûlent rapidement, dégagent beaucoup de calorique et laissent peu de résidu.

Entre Mont-Louis et la Cabanasse on observe un filon très mince de lignites dans une coupe formée par les eaux d'un ruisseau ; dans plusieurs autres localités, telles qu'aux environs de Prades, Maury, etc., on en trouve également ; mais l'exiguité sous laquelle se montre cette substance ne permet pas de l'étudier ; il n'en est pas de même des lignites de Serdinya nouvellement découverts, et qui ont mis les industriels du canton en mouvement, ayant été pris pour de la houille ; malheureusement cette erreur s'est accréditée par l'ignorance ou le mauvais vouloir des autorités de Prades, qui, ayant reçu la communication de cette découverte et des échantillons, au lieu de consulter des personnes en état d'en juger, ont pris l'avis des habitués de leurs salons.

Le terrain dans lequel se trouve le lignite de Serdinya se compose de couches assez intéressantes, et, quoique d'alluvion, il ne me semble pas devoir être classé parmi la formation alluviale moderne, mais bien appartenir à cette période désignée sous le nom de *tertiaires*. La croûte ou surface se compose d'une couche alluviale de 12 à 15 mètres d'épaisseur, qui repose sur une seconde de 3 mètres de puissance de limon sablonneux à gros grains quartzeux, au-dessous de laquelle on observe une veine de 2 à 5 centimètres

d'épaisseur, composée de gravier coloré en rouge vif.

Celle-ci est superposée à une autre couche de marne argileuse et sableuse, qui varie de 30 centimètres à 2 mètres, qui à son tour repose sur une deuxième couche de sable marneux ou gravier rouge vif.

Cette zone est superposée à une couche d'un à deux mètres de puissance de marne argileuse verdâtre passant au bleu, au-dessous de laquelle se trouve une couche fortement comprimée, de 3 à 5 centimètres d'épaisseur, d'un lignite de couleur brune fauve, ferrugineux, un peu feuilleté, friable, présentant dans diverses parties la construction ligneuse; elle paraît appartenir à l'espèce *terreux* (*erdkohle*) *de Werner*. Au-dessous de ce lignite se trouve une couche de peu de puissance d'un limon noir, avec fragmens granitiques et schisteux, qui est suivie d'un lit de galets *pugillaires* et *peponnaires* liés par du gravier limoneux grisâtre, et qui varie depuis 60 centimètres jusqu'à 2 mètres d'épaisseur; il est superposé à une deuxième couche de lignite de 3 à 8 centimètres de puissance beaucoup plus compacte que le premier, à cassure luisante, piciforme, ayant beaucoup d'analogie avec le *pechkohle de Voigt*. Inférieurement à ces couches, et autant que j'ai pu en juger par quelques points visibles, par analogie, par l'inclinaison des lits et celle de la roche qui sert de support à cette formation, il doit exister des couches de limon noir alternant avec des lignites ayant les unes et les autres à peu près la même puissance que les supérieures, et en très-petit nombre. Quoique observant avec beaucoup d'attention, je n'ai trouvé aucune trace de corps organisés dans cette substance.

Ce lignite brûle avec flamme, répand une odeur fétide, laisse après la combustion une grande quantité de résidu terreux, et fournit peu de calorique.

La formation alluviale, qui recèle les lignites de Serdinya, est remarquable par la diversité de couleurs de ces couches; elle repose immédiatement sur le terrain de la période *philladienne*. Ces formations ont subi les bouleversemens volcaniques qu'on observe diversement dans la plupart des montagnes. On voit dans la couche supérieure des cailloux roulés d'une dimension extraordinaire; il y en a un, entre autres, sur la crête d'un éboulement, qui a retenu par son poids le limon caillouteux inférieur dans la dimension de sa plus large surface, de manière qu'il couronne une énorme colonne de terre; ce globe granitique a 6 mètres de circonférence, il paraît avoir été roulé longtemps par les eaux, car sa surface est très-unie et ses angles extrêmement amortis. Cette couche diluviale est à une grande élévation relativement aux vallées voisines, d'où l'on peut en induire cette conclusion raisonnable, que ce terrain a été exhaussé ou les vallées abaissées. Or, comme les couches de la formation d'atterrissement ont une inclinaison très-prononcée de l'ouest à l'est précisément en sens inverse de l'inclinaison de la roche de transition qui lui sert de support, et qui elle-même est très inclinée, il nous paraît suffisamment prouvé que ces terrains ont été soulevés, et qu'il a fallu des forces telles qu'en produisent les secousses centrales pour donner lieu à ces admirables anomalies.

NOTE

Relative à l'Action de la Magnésie décarbonatée sur le principe odorant de la valériane, à l'occasion d'une mixture dont cette racine et le quinquina faisaient partie;

Par M. PLANCHE.

Il y a quelque dix ans que M. le docteur Marc, aujourd'hui médecin du roi, prescrivait dans mon officine une mixture ainsi composée :

Prenez : Poudre de quinquina gris. . . .) aa iij gros
——— de racine de valériane. .)
Magnésie calcinée. . . . . j gros

Mêlez et triturez pendant une demi-heure dans un mortier de marbre, en versant peu à peu suffisante quantité d'eau froide (onces viij) pour obtenir cinq onces de colature filtrée, à laquelle on ajoutera :

Éther acétique. . . . . j gros
Sirop d'écorce d'orange. . . . . j once
M. F. M.

Voici la remarque que j'ai été à portée de faire en préparant cette mixture :

1° Le macéré aqueux obtenu clair après plusieurs filtrations était d'une couleur jaune rougeâtre.

2° Il était dépourvu de l'odeur de la valériane, et à peine y reconnaissait-on la saveur appartenant à cette racine; mais on y distinguait parfaitement l'arome, ainsi que le goût particulier au quinquina officinal.

3° En ajoutant à la liqueur quelques gouttes d'acide sulfurique, elle se décolorait en grande partie, et une forte odeur de valériane se développait.

Ainsi, il paraît que la magnésie forme une véritable combinaison avec le principe odorant de la valériane, combinaison décomposable par tous les acides, ayant plus d'affinité avec la magnésie que le principe en question, lequel est probablement aussi de nature acide.

Je donne ici cette note telle que je la rédigeai il y a plus de dix ans, et telle que je la communiquai alors au docteur Marc, qui l'accueillit avec la bienveillance que je pouvais attendre d'un médecin aussi éclairé.

Aujourd'hui mon observation, ou plutôt l'induction que j'en ai tirée, semblerait se confirmer par les travaux plus récens et plus complets de Grotz et de Penz. En effet, ces chimistes concluent de leurs expériences qu'il existe dans la valériane un acide particulier, auquel on a donné le nom d'acide valérianique;

Que cet acide jouit en général des propriétés qui caractérisent les acides gras volatils, parmi lesquels l'acide phocénique, tiré du règne animal, a le plus de rapports avec lui;

Que c'est à l'acide phocénique que le cuir graissé doit son odeur;

Qu'enfin c'est l'acide valérianique qui communique une odeur analogue à toutes les préparations pharmaceutiques faites avec la valériane.

On peut consulter, pour les autres propriétés de cet acide, le *Traité de Chimie* de Berzélius, tom. V, p. 98.

EXTRAIT DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Sur l'Acétal (éther oxigéné); Par JUSTUS LIÉBIG. (Annalen der Pharm., vol. V, 1833, cah. 1, p. 25.)

Mes recherches sur la préparation de l'éther oxigéné de Doebereiner m'avaient conduit aux conclusions suivantes :

1° Par la distillation du peroxide de manganèse, de l'acide sulfurique et de l'alcool dans les proportions indiquées par Doebereiner, on obtient deux liquides : le dernier est acide, et contient de l'éther, de l'alcool et une *substance volatile particulière*, qui possède la propriété de se décomposer, par l'addition de la potasse, en un corps brun semblable à de la résine.

2° Le corps, nommé éther oxigéné pesant, est de l'huile de vin contenant de l'acide sulfurique. Sa composition est par conséquent toute autre que celle que lui a assignée Doebereiner, et, en le distillant, il est tout-à-fait impossible d'obtenir un nouvel éther, l'éther oxigéné léger.

Mes expériences ont fourni à Doebereiner l'occasion de remettre ce sujet en discussion. Ce chimiste profite de la découverte d'un nouveau corps, préparé par un procédé tout-à-fait différent, pour révoquer en doute les conclusions auxquelles je suis arrivé. Je pense que ce n'est qu'en répétant avec soin ses premières expériences que Doebereiner pourrait, dans le cas de leur confirmation, acquérir une preuve rigoureuse contre l'exactitude des miennes.

Le nouveau produit que Doebereiner nomme également éther oxigéné, et qu'il a eu la complaisance de me communiquer pour en faire l'analyse, a été préparé par ce chimiste en oxidant, à la température ordinaire, la vapeur de l'alcool à l'aide du noir de platine.

Voici son procédé : on dispose sur une soucoupe, contenant de l'alcool de 60 à 80 pour 100, un support sur lequel on place à quelques lignes au-dessus de la surface du liquide plusieurs verres de montre, dans lesquels on a mis du noir de platine légèrement humecté avec de l'eau. Le tout est recouvert d'une cloche de verre ouverte par le haut, de manière à ce que le bord inférieur de la cloche soit avec l'esprit-de-vin dans l'intérieur de la soucoupe, afin que les vapeurs qui se condensent contre les parois de la cloche puissent retomber dans l'alcool.

On laisse cet appareil dans un endroit qui ne soit pas trop frais jusqu'à ce que l'alcool soit très acide. Au bout de ce temps, on le distille sur du carbonate de chaux, et on ajoute au produit de la distillation du chlorure de calcium en poudre, qui détermine la séparation d'une quantité notable de ce liquide éthéré. On l'obtient pur en le rectifiant sur du chlorure de calcium.

Doebereiner assigne à ce corps les propriétés suivantes :

Il est incolore, fluide comme l'éther; son odeur a beaucoup de ressemblance avec celle de l'éther nitrique ; sa pesanteur spécifique est à 21° c. de 0,842. Il bout sous une pression atmosphérique de 331,5 lignes à 75° c. Il se mêle avec l'alcool et l'éther ; l'eau en dissout 1/6. Il est aisément inflammable et brûle avec une flamme brillante. Si l'on prolonge l'action du noir de platine, on le change en acide acétique. L'addition de la potasse, et encore mieux de l'acide sulfurique, le transforme en une résine jaune.

La liqueur que m'a remise Doebereiner possédait les propriétés mentionnées plus haut, seulement l'odeur me parut avoir une ressemblance bien marquée avec celle de l'éther hydrochlorique pesant. On sait que lorsqu'on chauffe ce corps avec de la potasse il se produit également une substance jaune ou brune.

Comme des fragmens de chlorure de calcium portés dans ce liquide s'humectaient encore par l'absorption de l'eau ou de l'alcool, je cherchai à l'en débarrasser complètement, et, dans ce but, le liquide décanté fut mis à plusieurs reprises en contact avec du chlorure de calcium récemment fondu, jusqu'à ce que ce dernier corps restât parfaitement sec. Je me suis convaincu, en faisant subir à l'éther acétique un traitement tout-à-fait semblable, que l'on parvient, par ce moyen et sans distillation, à priver entièrement d'eau et d'alcool les liquides dans lesquels le chlorure de calcium n'est pas soluble.

Rectifié sur du chlorure de calcium, dans un appareil tout-à-fait sec, ce liquide avait une pesanteur spécifique de 0,823 à 20°, et son point d'ébullition, sous une pression de 22" 9"', était à 95°, 2 c.

Chauffés d'après le procédé connu avec le deutoxide de cuivre,

I. 0,397	donnèrent 0,860	acide carbonique et	0,400 eau.
II. 0,400	0,862		0,417
III. 0,388	0,830		0,394

Ces analyses donnent pour 100 parties :

I.	II.	III.	
59,917	59,77	59,17	carbone.
11,222	11,58	11,29	hydrogène.
28,861	28,65	29,64	oxigène.

Les résultats des deux dernières analyses ont été obtenus par la combustion de cette substance rectifiée à plusieurs reprises sur le chlorure de calcium. Or, comme les nombres n'ont pas souffert de variation, on peut bien en conclure que le corps était exempt d'eau et d'alcool.

Si l'on réduit ces nombres en volumes, on a la composition théorique suivante :

8	atomes carbone.	61,1496	59,72
18	hydrogène.	11,2316	10,97
3	oxigène.	30,0000	29,31

Si l'on compare cette composition avec celle de l'alcool, cette comparaison fournit une preuve directe que le changement subi par la vapeur d'alcool sous l'influence du noir

de platine et de l'absorption de l'oxigène ne consiste que dans l'oxidation de l'hydrogène, réaction qui depuis longtemps ne laisse plus de doute relativement à la formation de l'acide acétique.

En effet, 4 atomes d'alcool perdent, par l'oxidation partielle de l'hydrogène, 4 atomes de ce corps et 1 atome d'eau.

$$\begin{array}{l} 8\,C - 24\,H - 4\,O = 4 \text{ atomes alcool.} \\ \qquad\quad 6\,H - 1\,O = 4 \quad \text{hydrogène} + 1 \text{ atome eau.} \\ \hline 8\,C - 18\,H - 3\,O = 1 \text{ atome.} \end{array}$$

D'après la composition du nouveau corps, on obtient, en continuant l'oxidation, et par l'absorption de 6 atomes d'oxigène, 2 atomes d'acide acétique et 3 atomes d'eau; tandis qu'avec 4 atomes d'alcool et 8 atomes d'oxigène, il se produit la même quantité d'acide acétique, mais avec 6 atomes d'eau.

Mais on peut encore considérer ce corps comme une combinaison de

$$\begin{array}{ll} 1 \text{ atome d'acide acétique anhydre.} & 4\,C - 6\,H - 3\,O \\ \text{avec 3 atomes d'éther. . . . .} & 12\,C - 30\,H - 3\,O \\ \hline & 16\,C - 36\,H - 6\,O \end{array}$$

D'après une nouvelle manière d'envisager la composition des substances organiques proposée par Berzélius, et qui est fondée sur la nature de ces corps, on peut enfin considérer encore ce composé comme un oxide d'éthérine hydraté $= 2\,A\,e\,O + H^2\,O$.

Quelle qu'en soit, au reste, la composition, Doebereiner a exprimé d'une autre manière l'analyse qui lui a été communiquée. La composition de ce corps est, suivant lui, de :

Carbone.	60
Hydrogène. . . .	12
Oxigène.	28

et, d'après cette donnée, il admet une combinaison qui serait formée de 3 atomes d'un prétendu éther oxigéné normal et de 2 atomes d'alcool.

Bien que l'on soit obligé de convenir que les analyses organiques n'expriment pas le poids atomique du carbone et de l'hydrogène avec la même exactitude que les expériences faites avec tout le soin imaginable, et qui n'ont d'autre but que cette détermination; bien qu'une erreur d'un demi pour cent dans la proportion du carbone soit sans importance pour le résultat théorique, rien ne peut autoriser la supposition que, par la combustion d'un corps hydrogéné, l'on ait obtenu moins d'eau que ce corps ne devait en fournir.

Au contraire, la seule incertitude dans les analyses des corps organiques non azotés dépend précisément de ce que l'on obtient toujours un peu plus d'eau que l'on ne devrait en obtenir théoriquement, et toute l'attention est portée à rendre cet excédant aussi faible que possible, puisqu'on ne peut l'éviter entièrement.

Ainsi donc, si Doebereiner admet dans mes analyses 0,7 pour cent d'hydrogène de moins que je n'en ai obtenu en effet, cela fait supposer que non-seulement le deutoxide de cuivre employé était tout-à-fait exempt d'humidité hygrométrique, mais aussi que, dans deux analyses, j'ai perdu en outre 25 milligrammes d'eau et 15 milligrammes dans la troisième, supposition que je ne crois pas du tout fondée.

Or, il me semble que la dénomination d'éther oxigéné donne une idée tout-à-fait fausse de la composition de ce corps; je le désignerai dans la suite sous le nom d'*acétal*, comme étant produit par l'alcool durant la formation de l'acide acétique.

Doebereiner fait ensuite les observations suivantes :

« Aux produits formés par l'oxidation partielle de la vapeur d'alcool en contact avec le noir de platine se rapporte la résine, dans laquelle se transforme l'acétal par l'action de la potasse caustique. Cette résine se produit très facilement, si dans l'appareil mentionné on verse dans la soucoupe de l'alcool contenant de la potasse au lieu d'alcool pur. » Doebereiner a également observé la formation de ce composé, en exposant l'alcool potassé à l'action de la pile voltaïque. Il a aussi essayé, mais en vain, de l'obtenir par détonation, en traitant l'alcool par du sur-manganésiate de potasse.

Il me reste encore à citer quelques expériences sur la formation de cette prétendue résine retirée de l'acétal. Elles montrent que ce n'est pas un produit de sa décomposition, et qu'il est peut-être possible de fournir ainsi la preuve que l'ancien éther oxigéné léger de Doebereiner peut bien ne pas être de même nature que l'acétal.

Le mode de préparation de l'acétal au moyen du noir de platine ne prouve rien contre la possibilité d'obtenir cette substance en distillant un mélange de peroxide de manganèse, d'acide sulfurique et d'alcool; mais mes tentatives à cet égard ont été infructueuses.

Le produit de la distillation, tel qu'on l'obtient par le procédé de Doebereiner, a une odeur différente de celle de l'acétal : seul, ou mêlé avec l'ammoniaque caustique, il réduit le nitrate d'argent. Si on le chauffe avec la potasse, la résine brune ou jaune se produit aussitôt.

Au contraire, l'acétal pur en nature ou bien en dissolution dans l'alcool ne réduit pas les sels d'argent, et si on le mêle avec une dissolution alcoolique de potasse, et qu'on chauffe le mélange sans le contact de l'air, il ne subit pas d'altération; mais si on le fait bouillir en laissant accès à l'air, il y a au bout de quelque temps production d'une couleur brune, qui prend de plus en plus d'intensité. Si l'on remplit deux tubes de verre d'une dissolution alcoolique de potasse, que l'on y ajoute de l'acétal, qu'on ferme l'un tandis que l'autre reste ouvert, on voit que dans le tube qui est ouvert le liquide se colore et prend une teinte de plus en plus foncée, de haut en bas, à partir de la surface, jusqu'à ce qu'enfin il devienne brun. On n'observe pas le moindre changement dans le tube fermé; la liqueur alcaline y contracte une odeur de savon désagréable. Si on met ce mélange dans un vase large, fermé par un tube recourbé qui plonge dans l'eau, on voit à l'ascension de l'eau qu'il y a absorption d'oxigène.

Un tiers environ du liquide distillé fut retiré par une nouvelle distillation, et saturé de chlorure de calcium en poudre. Au bout de douze heures il se sépara un liquide

éthéré qui entrait en ébullition à 36° c., et ne pouvait par conséquent être que de l'éther. Mis dans un vase ouvert, cet éther s'évaporait aussitôt, et sans laisser de liquide dont le point d'ébullition fût plus élevé; mais, lorsqu'on fait évaporer à l'air un mélange d'un tiers d'acétal et de deux tiers d'éther, la majeure partie de l'acétal se retrouve dans le résidu. J'ai dit que ce dernier corps n'entre en ébullition qu'à 95° c. Au reste, j'ai déjà annoncé que l'éther obtenu par ce moyen a une autre odeur que l'éther ordinaire.

Si l'on compare la manière d'être du liquide que l'on obtient en distillant un mélange d'acide sulfurique, de peroxide de manganèse et d'alcool avec les propriétés de l'acétal, on voit que le premier doit contenir une substance différente de l'acétal par la proportion d'oxigène, ou, si l'on veut, à laquelle l'acétal a donné naissance par l'absorption de l'oxigène.

Toutes ces recherches et toutes ces discussions laissent encore beaucoup à désirer; mais je n'ai pas eu la moindre intention de soumettre à des expériences régulières et suivies l'acétal et le produit de la distillation d'un mélange de peroxide de manganèse, d'acide sulfurique et d'alcool : ce soin doit être laissé à l'auteur de la découverte.

A. G. V.

Préparation de l'antimoine exempt d'arsenic;

par WOHLER.

(Annalen der Pharm., vol. V, cah. 1, p. 1833, p. 20.)

L'on sait que la majeure partie de l'antimoine, l'antimoine métal aussi bien que l'antimoine cru, contient plus ou moins d'arsenic; que cet arsenic, lorsqu'on n'y fait pas attention, passe dans la plupart des préparations d'antimoine, et qu'un procédé plus facile et plus sûr que ceux employés jusqu'ici pour enlever ce dangereux métal se faisait vivement désirer. Nous croyons que le procédé suivant répond parfaitement au but proposé.

1 partie de régule d'antimoine réduit en poudre fine est très intimement mêlée avec 1 $^1/_4$ partie de nitre, puis avec $^1/_2$ partie de carbonate de potasse ou de soude sec et pulvérisé. On peut aussi bien employer le sulfure d'antimoine (antimoine cru); mais il est beaucoup plus avantageux de choisir le régule d'antimoine du commerce, qui est à si bon marché. La masse est chauffée au rouge dans un creuset de Hesse : aussitôt que la chaleur est portée au rouge faible, elle commence à brûler tranquillement. Quand la combustion est complète, on la comprime avec une spatule en fer, on couvre le creuset, et on élève encore la température pendant environ une demi-heure, de manière à ce que la masse ne fonde pas, mais qu'elle ait la consistance de bouillie. De temps à autre on la comprime de nouveau, lorsqu'elle s'est boursoufflée par suite du dégagement des gaz : alors, au moyen d'une spatule, on la retire du creuset encore rouge, et par conséquent encore molle; on la réduit en poudre et on la jette dans de l'eau portée préalablement à l'ébullition. Dans cet état elle est composée, à part l'excès d'alcali, d'antimoine et d'arseniate; ce dernier sel peut être enlevé par l'eau; mais, quant à l'antimoniate, il est insoluble dans ce liquide.

L'ébullition est continuée pendant quelque temps; puis, après avoir agité fortement la liqueur, on la sépare par la décantation, ainsi que la partie du dépôt la plus fine qui est tenue en suspension, des portions plus grossières qui ne sont pas encore complètement divisées. On écrase ces dernières dans le vase même avec un pilon, et on les fait bouillir de nouveau avec de l'eau : alors on ajoute toute la masse de liquide à celle obtenue en premier lieu; on laisse déposer l'antimoniate de potasse qui est en suspension et sous forme pulvérulente, et l'on décante la liqueur alcaline surnageante qui se clarifie promptement. En ajoutant à plusieurs reprises de grandes quantités d'eau pure, agitant, laissant déposer et décantant, on ne tarde pas à obtenir le résidu parfaitement bien lavé; on le jette sur un filtre et on le sèche. La quantité d'antimoine que retient la liqueur alcaline ne mérite pas d'être retirée par l'emploi d'un acide. Il est d'ailleurs à remarquer que les dernières eaux de lavage ne s'éclaircissent pas aussi complètement que la première liqueur, qui est fortement alcaline : elles exigent au moins plus de temps.

L'antimoniate de potasse ainsi obtenu est entièrement exempt d'arsenic; il est sous forme de poudre blanche; lorsqu'il est jaune, c'est une preuve qu'il contient de l'antimoniate de plomb, et l'acide nitrique ne lui enlève qu'imparfaitement l'oxide de plomb.

Pour réduire l'antimoniate à l'état métallique, on le fait fondre à une chaleur rouge modérée avec la moitié de son poids de tartre. On obtient, par ce moyen, un alliage de potassium et d'antimoine en fusion complète, peu brillant et légèrement malléable. On le divise en plus petits fragmens, et on les jette dans de l'eau pour oxider le potassium et s'en débarrasser; il y a alors une vive réaction et dégagement de gaz hydrogène.

Si l'antimoniate de potasse doit servir à la préparation du kermès ou du soufre doré, il n'est pas nécessaire de le réduire à l'état métallique, il suffit de le faire fondre avec les proportions convenables de poudre de charbon, de carbonate de potasse et de soufre.

Je me suis convaincu, par des expériences exactes, que l'antimoine préparé d'après cette méthode est tout-à-fait exempt d'arsenic. J'ai employé exprès de l'antimoine du commerce, qui contenait une si grande quantité d'arsenic, que la plus petite parcelle fondue à la flamme du chalumeau répandait une forte odeur d'ail; purifié, il ne développait plus cette odeur, lors même que j'en brûlai plusieurs onces à la fois pour la préparation de l'oxide d'antimoine cristallisé. On ne peut pas dire, sans doute, que la vapeur soit absolument sans odeur, puisqu'en général elle produit une certaine impression sur les nerfs de l'odorat; mais certes ce n'est pas là l'odeur de l'arsenic, et quand bien même on voudrait admettre que la vapeur de l'antimoine métallique exempt d'arsenic a pour l'odorat de quelques personnes une odeur semblable à celle de l'arsenic, elle serait en tout cas si faible et si peu marquée, qu'il faudrait une susceptibilité toute particulière de l'organe olfactif pour le distinguer. Je

partage tout-à-fait l'opinion de Berzélius, qui pense que si l'on croit trouver une odeur d'ail dans l'antimoine qui passe pour être exempt d'arsenic, ceci prouve seulement que jusqu'à présent il a été très difficile de préparer de l'antimoine entièrement privé d'arsenic.

Pour essayer si l'antimoniate de potasse obtenu par ce procédé contenait encore de l'arsenic, je l'ai fait fondre de nouveau avec du carbonate de potasse; mais je n'ai pu découvrir la moindre trace de ce dernier métal dans l'eau qui avait servi à laver la masse.

Enfin, l'état de l'hydrogène dégagé de l'eau par l'alliage de potassium et d'antimoine prouve l'absence complète de l'arsenic. Ce gaz était tout-à-fait inodore, et les réactifs n'y faisaient pas reconnaître la moindre trace d'hydrogène arseniqué.

La lessive alcaline, au contraire, contenait une grande quantité d'arsenic à l'état d'arséniate de potasse. Lorsqu'après l'avoir préalablement saturée par un excès d'acide hydrochlorique l'on y eut fait passer un courant d'hydrogène sulfuré, l'antimoine se précipita d'abord à l'état de soufre doré, la liqueur surnageante contenant de l'hydrogène sulfuré fut filtrée, et elle laissa déposer à l'aide de la chaleur une grande quantité de sulfure d'arsenic.

Je dois dire encore, en terminant, que dans ce procédé de purification de l'antimoine l'addition du carbonate de potasse est absolument nécessaire, et que la combustion avec le nitre seul ne donnerait pas un antimoniate de potasse exempt d'arsenic, de même que par la fusion du fer arsenical, ou du nickel arsenical avec le nitre seul, on n'obtiendrait pas non plus un oxide de fer ou de nickel sans arsenic. Si dans ce dernier cas on a un arséniate basique, on obtiendrait également, avec l'antimoine, un arséniate basique d'antimoine insoluble dans l'eau, qui resterait mêlé à l'antimoniate de potasse; mais, par la présence de l'alcali libre, ces arseniates sont décomposés au moment même de leur formation (1). A. G. V.

(1) Le procédé de M. Robiquet, qui réussit très bien pour priver l'antimoine d'arsenic, consiste à le chauffer, à plusieurs reprises, avec de petites quantités de nitre.
(*Note du Rédacteur.*)

De la Structure et des Usages nutritifs des racines tuberculeuses du Cyperus esculentus. L.

On observe que ces tubercules radiculaires ne sont que des renflemens de la tige souterraine du rhizome dans lesquels s'est déposée une certaine quantité de fécule amylacée, oléagineuse et sucrée (car on y trouve aussi de l'huile fixe, selon Juch et M. Lesant). En effet, ils sont annelés ou ceints ordinairement de quatre lignes saillantes, parallèles. Ces tubercules sont recourbés et alongés en forme de rein, la tige supérieure émane de la plus grosse extrémité; la racine part de l'extrémité opposée. Le côté de la tige présente des fibres rayonnantes vers ce *caudex ascendens*. On trouve çà et là sur le tubercule des points d'où partaient des radicules. Enfin, des rides longitudinales se manifestent sur ces tubercules par l'effet de leur dessiccation. Il n'existe ni fibres ni tissu cellulaire apparent dans l'intérieur des tubercules; la matière qui les remplit est d'un blanc jaunâtre, de saveur douce et sucrée, approchant de celle de la noisette, sans être émulsive cependant.

Il paraît qu'aujourd'hui on apporte ces racines en assez grande abondance pour entrer dans les fécules vendues sous les noms orientaux de *Racahout* et de *Kaïffa;* ces fécules contiennent aussi de celles des glands doux du *quercus ægilops* et autres espèces connues dans l'Orient, de même que celles du *quercus bellota* des Espagnols.

On dit que ces substances sont très propres à faire engraisser les femmes, d'après le goût des musulmans.

J.-J. Virey.

NOTES

Communiquées à la Société de Pharmacie,

Par M. L'HERMINIER,

Pharmacien-naturaliste à la Guadeloupe.

Parmi les objets que j'adressai dans le temps à M. Pelletier, se trouvait de la racine d'*Alcornoque* véritable, dont l'introduction dans la matière médicale me paraissait être très importante. A l'époque où je m'en procurai, son prix courant était de 120 à 140 francs la livre. J'en envoyai une quantité suffisante pour en faire l'analyse.

Cette racine mérite tout votre intérêt; elle n'appartient pas au genre *Quercus*, comme l'a cru notre savant confrère le professeur Virey. Je l'ai jugée dans le temps appartenir à une *légumineuse*, dont le genre, qui se rapproche de la troisième tribu de notre *Linnée* moderne, l'illustre Decandolle, est voisin des *Bauhinia* de Plumier, près des *Hymenea* de Linnée. Au reste, nous l'apprendrons par la suite; et voici à ce sujet quelle est mon opinion sur la plus grande partie de l'*Alcornoque* qui a été introduit sous ce nom en Europe et en France; tout ce qui a été introduit est faux et mauvais. Je suis d'autant mieux fondé dans cette opinion, qu'ayant eu, à cette époque, toutes les facilités de correspondance avec la Côte-Ferme, ce n'est qu'avec infiniment de peine que j'ai pu m'en procurer de la véritable. D'après ses applications médicales, faites avec soin et quelques succès, et de plus l'examen et l'analyse que j'en fis dans le temps, tout me portait à croire, qu'abstraction faite de la vogue ou de la réputation que voulait lui établir le *charlatanisme*, cette racine était appelée à jouir d'un aussi noble crédit que celui qu'ont obtenu la majeure partie des espèces des genres *Cinchona*, *Psychotria*, *Cephælis*, de la famille des *Rubiacées*.

Notre savant Virey a été trompé par la synonymie espagnole; car, en effet, le nom *Alcornoque* signifie chêne; mais le genre *Quercus* ne possède, dans l'Amérique méridionale, aucune espèce sur le littoral. Nous en trouvons, il est vrai, plusieurs espèces dans les deux Carolines; mais

aucun de ces individus ne présente de rapport organique dans ses racines avec l'individu soumis à mon examen. Bien persuadés qu'il existe une disposition aussi remarquable dans la *radication* que dans l'*embranchement*, nous devons nous habituer à juger au *facies*. J'ai appris tout d'abord par le caractère que j'avais affaire à une légumineuse. Longtemps je l'ai jugée voisine des *Geoffreya*; mais enfin j'en suis revenu à la placer près des genres indiqués ci-dessus; je citerai, quant aux propriétés ou à la différence que présente chacune des parties d'un végétal, je citerai, dis-je, les racines du *Cassia fistula, Cassia fistularis, Cathartocarpus* (*Cassier*), dont les feuilles, les fleurs, ainsi que les légumes, sont purgatifs, et parfois drastiques, tandis que la racine est éminemment fébrifuge, et agit avec succès dans les fièvres quartes les plus rebelles. En voilà assez sur le compte de l'acornoque; passons à un autre sujet : je n'en manque pas qui réclament une savante habitude d'observer. Mais, tandis que je tiens les légumineuses, je ne veux pas négliger de demander des nouvelles d'une certaine racine qui accompagnait cet envoi, et que je désignai sous le nom de manioc agouti (*manioc a gouti*). J'aurais été fort embarrassé de désigner le genre *botanique* auquel il appartenait; car, n'ayant jamais vu de fruits, je le considérais tantôt comme un *Mimosa*, puis comme un *Amorpha*, comme un *Prosopis*, et toujours j'ajoutais l'épithète spécifique *amorpha*, qui eût semblé bien extraordinaire en vérité, en lui imposant le nom générique *Amorpha*, avec une synonymie semblable avec son nom générique. Ce n'est que depuis la publication de la septième livraison de la très savante Flore de la Sénégambie, de mon ami Perrotet, de MM. Guillemin, Richard, ainsi que d'un pauvre pharmacien oublié, abandonné, et qui travaille toujours; ce n'est, dis-je, que dans cette savante Flore, la première que nous puissions considérer comme complète, ou du moins la mieux terminée jusqu'à nos jours, que j'ai vu son genre *Fillæa* consacré à M. le directeur général des colonies, M. Filleau-Saint-Hilaire, auquel il a cru devoir payer son tribut de reconnaissance pour les encouragemens qu'il veut bien donner à la science ainsi qu'aux personnes qui la cultivent (je dis la science naturelle), en lui consacrant le genre *Fillæa*, sous l'épithète spécifique de *suaveolens*. Mais cette espèce appartient exclusivement à l'Afrique, et Perrotet, longtemps avant de consentir à l'établir sous un nom générique nouveau, a hésité comme moi; il a été plus loin, puisqu'il l'a rapproché des *Inga*, avec lesquels il a beaucoup plus de rapport qu'avec tout autre genre; ses feuilles, je dis celles d'Afrique *suaveolens*, étant entières, sans l'exception d'organisation et de placement qui caractérisent les légumineuses, tandis que la mienne est à feuilles pennées avec impaires (*Mimeuses*); sa plante est grimpante dans tous les cas. Celle de Perrotet doit être séparée des *Inga*, et peut former ou constituer un nouveau genre, et puis après viendra la mienne, laquelle, malgré sa *consororité*, pourra fort bien à son tour en former un nouveau.

D'après ce que j'ai vu dans Perrotet, j'ai imposé à ma *Fillæa* le nom spécifique de *caribæa*, tandis que j'aurais dû lui accorder l'épithète *caribæorum*, puisqu'elle était connue des anciens habitans de ces îles, qui l'utilisaient, savaient l'apprécier et nous ont appris à la connaître et à l'utiliser. A votre tour, cherchez-la de nouveau, étudiez-la, et vous apprendrez le secret de la famille des *Sapindacées*, dont alternativement, soit les *écorces*, les *feuilles* ou les *fruits*, jouissent d'une propriété analogue à celles des savons les mieux fabriqués. Elle est employée médicalement, et, suivant les doses, comme antileucorrhéique, contre les hématuries, hématrites ou flux de sang irréguliers, et contre certaines affections blennorrhaïques et blennorrhagiques. Le fait est qu'elle est en grande vénération parmi ceux de nos nègres guérisseurs, et j'ai moi-même obtenu d'heureux résultats de son emploi; mais c'est toujours la dose à administrer sur laquelle nos auteurs de matière médicale (et les meilleurs) n'ont pas assez insisté.

Je passe à un autre objet. Je savais qu'en Europe les fruits âpres, austères du néflier, *mespilus*, devenaient fortement sucrés en les abandonnant sur la paille.

J'ai vu la datte, le fruit du *Phœnix dactylifera*, rarement acquérir sur l'arbre le degré de maturité qui lui convient pour être succulente, et devenir excessivement sucrée, lorsqu'on lui faisait éprouver ce genre de maturation artificielle. Dans l'un et l'autre cas, les semences des fruits proprement dits ne manquaient jamais de germer et de se développer, et de produire des individus semblables à leurs auteurs; seulement j'ai observé que la datte qui mûrit sur l'arbre, quoique insupportable au goût, demandait plus de temps pour la germination souterraine, que lorsque, parvenue à ce degré de maturité, on lui faisait subir le repos ou mieux l'opération, qui d'âpre la rend fortement sucrée en la confiant à la paille.

Chez nous, il en est de même des *Hespéridées*, des *Annonacées*, des *Térébinthacées*.

Les Corossols,
Pommes-cannelles,
Cachimens,
Et beaucoup d'autres.
Mangues,
Prunes de Cythère,
Acajous,

Et si l'on coupe une tige florescente (monocotylédone) de maïs, blé de Turquie, *Zea mays*, ou autres avant la floraison, la tige devient sucrée; on peut même, sous certaines latitudes, en obtenir du sucre en très grande proportion, mais jamais ou rarement cristallisable; et le *Maguay* des Mexicains, espèce d'*Agave*, ne devient-il pas, lorsqu'il est coupé à temps, une source inespérée d'un produit oublié par la nature, mais dont l'assimilation facile aux hommes, aux animaux, exerce une grande action dans leur vie alimentaire?

J'ai encore un bon nombre de notes dont je vous donnerai successivement connaissance.

Procédé pour faire le manganésiate de potasse, extrait d'une lettre de M. WOLHER *à* M. PELOUZE.

Faites fondre dans un creuset de platine, sur la lampe à alcool, du chlorate de potasse; dissolvez-y un morceau de potasse à l'alcool, et ajoutez du peroxide de manganèse en

poudre. Il se dissout aussitôt avec une très belle couleur verte; alors il se forme du manganésiate vert de potasse et du chlorure de potassium. On dissout la masse dans de l'eau bouillante; la couleur verte se change en une couleur brillante pourpre, parce que le manganésiate se transforme en permanganésiate. On décante (on ne peut pas filtrer) et on évapore la dissolution. On obtient de petits cristaux noirs, opaques, d'un éclat métallique verdâtre, de permanganésiate.

Ce sel est isomorphe avec le perchlorate, et ils peuvent cristalliser ensemble en toutes proportions, en donnant des sels de couleurs très belles et très variables.

Sur l'Esprit-de-Bois, *par* J. LIEBIG (Annalen der Pharmacie, vol. V, cah. 1, page 32).

C'est en distillant le vinaigre de bois que l'on obtient ce produit remarquable qui a tant de ressemblance avec l'esprit-de-vin. Il est alors très impur, coloré par une matière analogue à de la poix, et mêlé d'une huile empyreumatique encore plus volatile que l'esprit de bois lui-même, et dont on ne le sépare jamais complètement par les méthodes connues.

M. Liebig est parvenu à opérer facilement cette séparation en rectifiant d'abord l'esprit de bois, puis saturant de chlorure de calcium l'esprit de la distillation.

En effet, l'esprit-de-bois, de même que l'esprit-de-vin, dissout une quantité notable de chlorure de calcium. L'huile empyreumatique se sépare et se rassemble à la surface du liquide; il est alors facile de l'enlever. Enfin, si l'on distille le liquide restant au bain-marie avec la précaution de recueillir à part la première portion, la liqueur qui passe ensuite à la distillation est de l'esprit-de-bois pur, que l'on débarrasse de toute l'eau qu'il contient, en le rectifiant à plusieurs reprises sur de nouveau chlorure de calcium, jusqu'à ce que le point d'ébullition soit constant.

L'esprit de bois pur est incolore, fluide, d'une odeur pénétrante d'éther, d'une saveur poivrée piquante: il bout sous une pression atmosphérique de 28 pouces à 60° c.; sa pesanteur spécifique est de 0,804 à 18°. Il brûle avec une flamme bleue peu brillante.

Chauffé avec le deutoxide de cuivre, il a donné, après les deux premières rectifications sur le chlorure de calcium:

I.	0,408 esp. de bois	0,710 acide carbonique	et 0,434 eau.
II.	0,380	0,658	0,397

Ce qui donne pour cent parties:

I.	II.	
48,11	47,89	carbone.
11,81	11,61	hydrogène.
40,08	40,50	oxigène.

Après une nouvelle rectification sur du chlorure de calcium, M. Liebig a obtenu:

III.	0,560 esp.-de-bois	1,070 acide carbonique	0,523 eau.
IV.	0,468	0,962	0,471

Le même liquide, après avoir été rectifié une quatrième fois sur le chlorure de calcium, a donné:

V.	0,352 esp.-de-bois	0,696 acide carbonique	0,353 eau.
VI.	0,445	0,888	0,444

Ces résultats donnent, pour la composition de l'esprit-de-bois, sur 100 parties:

III. IV.	V. VI.	
54,747	54,753	carbone.
10,753	11,111	hydrogène.
34,500	34,136	oxigène.

Les différences entre les nombres des quatre dernières analyses sont si légères, que l'on peut bien regarder comme anhydre l'esprit-de-bois soumis à l'expérience. Si l'on calcule d'après ces données sa composition théorique, on a:

2	atomes carbone.	152,814	53,83
5	hydrogène.	31,190	10,97
1	oxigène.	100,000	35,29
		284,004	

D'après cette composition, on peut considérer l'esprit de bois comme une combinaison de

	C.	H.	O.
1 atome d'éther.	4	10	1
avec 1 d'oxigène.	»	»	1
Esprit-de-bois.	4	10	2

La quantité d'hydrogène de la troisième et de la quatrième analyse est inférieure à celle donnée par la composition théorique. Cette erreur dépend de la troisième analyse, qui a donné 10,4 hydrogène et 53,08 carbone; mais la quatrième, la cinquième et la sixième analyses ont offert toutes trois 11,11 pour 100 d'hydrogène. M. Liebig pense que cette différence de la troisième analyse ne peut être attribuée qu'à une erreur dans la pesée.

L'esprit de bois employé dans les deux premières analyses contenait encore, ainsi que le font voir les analyses suivantes, 6,6 pour 100 d'eau que les rectifications répétées sur le chlorure de calcium ont fini par enlever.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

RÉDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENELLE, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

JUILLET 1833.

De l'Influence des bains de rivière sur l'urine;

PAR M. J. BRACONNOT,

Correspondant de l'Institut et associé de l'Académie royale de Médecine.

Jouissant d'une bonne santé et voulant me divertir de l'exercice salutaire de la natation, j'allai un matin à jeun prendre un bain de rivière. J'urinai plusieurs fois dans l'eau, et je ne fus pas médiocrement surpris, quelques minutes après en être sorti, de voir mon urine couler sur une pierre creuse, en un liquide aussi incolore et aussi limpide que de l'eau pure, tandis qu'avant d'entrer dans l'eau elle était d'un jaune citron. Je regrettai de n'avoir pas d'autre vase à ma disposition pour recueillir un liquide d'un genre si nouveau. Néanmoins, je me hâtai de regagner la maison, dans l'espoir que pendant le trajet il pourrait se filtrer dans ma vessie une nouvelle quantité d'un liquide semblable. Effectivement je rendis en arrivant environ quatre-vingt-dix grammes d'une liqueur inodore, sans couleur, insipide comme de l'eau, et ne rougissant point le tournesol. L'oxalate d'ammoniaque, la potasse caustique, le carbonate de potasse, qui précipitent plus ou moins l'eau commune, n'ont point troublé la limpidité de cette liqueur. L'eau de chaux y a formé un léger nuage, et avec le nitrate d'argent il s'est rassemblé un petit précipité, à peu près comme celui que forme ce réactif dans certaines eaux de puits. Abandonnée pendant plusieurs jours dans un vase ouvert à une température de 23 à 25°, elle n'a donné aucun signe de putréfaction.

Cinquante grammes du même liquide, évaporés avec ménagement, m'ont fourni un résidu du poids de deux décigrammes, qui m'a paru contenir tous les élémens de l'urine. Chauffé au rouge, ce résidu a donné quatorze centigrammes d'une matière saline noire fondue, légèrement alcaline, laquelle était formée en grande partie de muriate et de phosphate de soude, et d'une petite quantité de matière charbonneuse, qui, après sa combustion, a laissé des traces inappréciables de phosphate, de magnésie et de chaux.

On voit par ces résultats que la liqueur dont il s'agit diffère considérablement de l'urine, puisque, suivant M. Berzélius, celle-ci contient 67/1000 de matière solide, tandis que celle-là n'en fournit que 4/1000.

Après avoir évacué cette eau retenant si peu d'urine, je comparai pendant plusieurs heures, et toujours à jeun, celles que je rendais successivement. Je les vis se foncer peu à peu en couleur, rougir le tournesol, précipiter avec l'oxalate d'ammoniaque, et enfin reprendre absolument toutes les propriétés de l'urine bien constituée.

Les faits que je viens de rapporter me parurent assez remarquables pour m'engager à les vérifier de nouveau. En conséquence, je retournai le lendemain et les jours suivans m'immerger dans la rivière; mais bien que mon urine se décolorât en partie en sortant du bain, elle conservait néanmoins une saveur sensiblement salée et rougissait le tournesol: différence que je ne puis attribuer qu'à un état nerveux, ou à cette réaction accompagnée de bien-être qui se manifeste en sortant du bain, lorsqu'on n'y a pas été depuis longtemps.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident qu'un liquide aussi aqueux que celui dont je viens de parler, n'a point traversé les voies générales de la circulation pour arriver par les reins, et que des canaux secrets tout autres que les urctères, lui ont ouvert une route différente pour le transmettre dans la vessie. D'ailleurs, on ne peut douter que, par suite de l'immersion du corps dans l'eau, l'humeur de la transpiration ne traverse plus les pores de la peau, puisqu'ils sont oblitérés par l'eau froide. Il faut nécessairement conclure que cette humeur est refoulée de proche en proche, par le système des vaisseaux absorbans, jusque dans la vessie, qui reçoit aussi à sa surface beaucoup de ces vaisseaux.

Cette sympathie remarquable, qui existe entre cet organe et la peau, est d'ailleurs prouvée aussi par l'application sur cette dernière de quelques traces d'essence de térébenthine,

qui communique promptement à l'urine une odeur de violette.

Au reste, il n'est pas toujours nécessaire de se baigner pour rendre l'urine très aqueuse; il suffit souvent, ainsi que je m'en suis assuré, d'aller en sortant du lit respirer l'air frais et humide du bord d'une rivière: par-là les vaisseaux exhalans de la peau et du poumon se trouvant resserrés, une partie de l'humeur transpirable rétrograde dans la vessie, y délaie l'urine qui peut s'écouler en même temps par les uretères, et on éprouve un fréquent besoin d'uriner (1). Mais lorsque les fonctions digestives sont dérangées, cette humeur, au lieu d'arriver immédiatement dans la vessie, prend une tout autre direction; elle afflue plus ou moins abondamment dans le tube intestinal: alors survient une diarrhée ou un choléra, suivant que la transpiration est plus ou moins entravée.

L'urine dite de la boisson qui coule après le repas pourrait bien aussi devoir, au moins en partie, sa qualité aqueuse au ralentissement dans la transpiration; car M. Séguin a bien prouvé que celle-ci était à son minimum immédiatement après le dîner : alors on ressent assez ordinairement un léger frisson analogue à celui qu'on éprouve en sortant du bain.

Nanci, le 20 mai 1833.

Quelques Mots sur la Cusparine;

PAR M. SALADIN.

On doit à M. Planche un examen comparatif des angustures fausse et vraie, destiné, à l'époque où il le fit connaître, à la distinction facile de deux substances réunissant sous un même nom des propriétés thérapeutiques opposées. Tenté depuis à diverses reprises, celui de l'angusture vraie n'y avait pas encore démontré l'existence d'un corps nouveau, et dont les caractères essentiels devaient achever de la distinguer de sa dangereuse homonyme.

Si l'on abandonne une teinture alcoolique à 0,795 d'angusture vraie, faite à froid, et dans les proportions d'un 7/20e, à une évaporation lente graduée, à l'aide d'une température à — 9° et successivement plus basse encore, on observe après quelques jours une sorte de cristallisation rudimentaire mamelonnée, mais très faible, empâtée dans un magma de matières colorantes, extractives, etc., etc., et disposée sur les parois supérieures de la capsule, à la manière des acétates. Isolée avec soin du liquide qui lui donne naissance, exprimée et débarrassée avec un peu d'eau de la majeure partie des corps étrangers qui l'enveloppent, elle apparaît alors sous une forme régulière, mais encore peu distinctive. Par de nouveaux traitemens à l'alcool d'une densité égale à 0,8349, et agitée enfin successivement avec un peu d'hydrate de plomb récemment précipité et d'éther, elle abandonne, mais avec peine, les matières grasses et colorantes qui lui sont unies, et présente, même après quelques heures dans un bain frigorifique de 6 à 8° — 0, des cristaux acidulés, réunis en groupes concentriques, la plupart tétraédriques, mais dont les arêtes et les bases, surchargées de légers prismes semblables, sont à peine reconnaissables.

Repris par l'alcool, ils s'y dissolvent plus facilement humides que desséchés; la solution est d'une amertume franche et quelque peu mordicante. Cette substance (que je nommerai Cusparine, de *Cusparia*) n'offre pas de réaction acide ni basique. Elle se dissout dans les acides avec facilité, et forme, pendant leur concentration (dans l'acétique et l'hydrochlorique principalement), un dépôt blanc, floconneux, opiniâtrément acide, même après de nombreux lavages, mais ne me paraissant autre que la même substance à l'état d'hydrate.

Insoluble dans les huiles volatiles, les éthers hydratiques, la cusparine se dissout dans l'eau en faibles quantités, proportionnelles au reste à sa température : 1,000 à 15 + 0 en dissolvent 5,45; à 60°, 07,17; à 100° 11,04; l'alcool de 0,8356 à 12 + 0 th. cent. en proportions égales à 37/100.

Les acides hydrophtorique, hyponitrique et nitrique, colorent à la température habituelle la cusparine en jaune verdâtre, l'acide sulfurique en rouge brun. Elle n'accuse pas d'altérations sensibles à la vue par les acides iodique et hydrochlorique; les sels per et protoxidés de fer et d'étain, l'acétate neutre et tribasique de plomb, ne troublent pas ses solutions. Ces caractères suffiront pour la distinguer de la brucine : elle partage avec cette substance et la salicine la propriété de se colorer en rouge pourpre par le deuto-nitrate acide de mercure, pur ou mêlé d'hyponitrite. Il deviendra facile ainsi de reconnaître par ce moyen les plus faibles proportions de salicine, mêlées au sulfate de quinine, même à 1/743.

La teinture de noix de galle précipite abondamment la cusparine de ses solutions aqueuses et alcooliques; les alcalis la dissolvent en partie sans l'altérer; le chlore, l'iode, le brome, à l'état gazeux, la colorent, le premier en jaune paille, les deux derniers en brun. Dans le premier cas, la cusparine devient plus soluble, sous forme d'acide particulier : l'eau de lavage ne m'offrit que des traces de chlore.

Soumise à une chaleur de + 45° et portée successivement à un degré peu élevé, la cusparine éprouve d'abord une fusion tranquille; elle perd alors 23,09 de son poids elle ne donne des marques d'altération qu'à près de 133° elle s'enflamme alors sans résidu appréciable, sans offrir de traces de sublimation ni de phosphorescence, et sans que sa vapeur, à un degré inférieur, annonce l'azote au nombre de ses élémens, dernière propriété qui la distingue de la brucine. De plus amples recherches ne m'ont pas fait rencontrer d'autres substances analogues. Dans l'écorce d'angusture vraie, les seules choses qui méritent d'être citées sont une assez forte proportion de pectine et l'absence du cuivre.

La cusparine n'est pas vénéneuse, même à doses élevées; ses propriétés paraissent la rapprocher de la quinine, du gentianin, de la salicine. Obtenue par un traitement alcoo-

---

(1) On prétend avoir observé que les lavemens introduits par l'anus passent aussi très-souvent dans la vessie.

lique de l'extrait aqueux et acide d'angusture vraie, l'emploi du noir d'os, de l'alcool, la cristallisation, etc., etc., elle représente, autant que des manipulations d'essai peuvent permettre de l'apprécier, les 13/1000 de l'écoree employée.

Nota. Quelques essais me font penser qu'un simple bain frigorifique de sulfate de soude et d'acide hydrochlorique, dans des proportions égales, et abaissant le thermomètre de 10 à 12—0 peut être très utile dans les analyses organiques, pour obtenir à l'état cristallin les corps qui paraissent y être réfractaires. Il modifie même d'une manière si marquée les dispositions, les formes primitives de beaucoup d'autres, que je me propose d'en faire le sujet de quelques recherches cristallographiques.

Expériences de M. BIOT, *sur la Sève.*

Pour obtenir la sève, M. Biot pratique avec une tarière des trous cylindriques de 80 à 100 millimètres de profondeur dans des arbres vigoureux et assez gros pour que ces trous n'occupent qu'une petite partie de l'épaisseur du diamètre. Au tronc, des ouvertures sont placées à différentes hauteurs, sur une même ligne verticale, ordinairement tournée vers le midi. Sur les branches, les dimensions des trous sont plus petites, et leur profondeur n'est jamais assez grande pour atteindre jusqu'à l'axe. Un petit canal en roseau est ajusté à chacun des trous, et porte à son extrémité une petite fiole de verre. Le trou et le canal ont une légère inclinaison en bas, qui facilite l'écoulement de la sève, laquelle tombe goutte à goutte dans le flacon. Toutes les pièces de l'appareil sont lutées avec un mélange de cire et d'huile immiscibles à l'eau.

Les arbres auxquels M Biot a jusqu'à présent appliqué ses appareils sont l'amandier, le bouleau, le charme, l'érable commun, l'érable négundo, le frêne, le lilas, le marronnier, le noyer, l'orme, le peuplier, le platane, le saule, le sureau, le sycomore, le tilleul et la vigne.

Les expériences, qui généralement ont eu lieu sur plusieurs individus d'une même espèce placés à diverses expositions, ont commencé dans les premiers jours de février. Depuis le premier moment, on a noté régulièrement, le matin et à midi, et quelquefois même dans la nuit, la hauteur barométrique et thermométrique, ainsi que les circonstances atmosphériques, pour les comparer aux mouvemens que présenterait la sève. Jusqu'à présent les noyers, les bouleaux, le negundo et les sycomores sont les seuls qui aient offert un écoulement, mais avec des circonstances bien différentes.

On sait depuis longtemps que la sève qui découle, au printemps, du bouleau, contient un sucre fermentescible. M. Biot, en soumettant cette sève à l'épreuve de la polarisation circulaire, a non-seulement constaté la présence du sucre, mais encore reconnu dans celui-ci les caractères propres au sucre de raisin qui n'a pas subi de modification.

L'écoulement dans ces arbres a été progressif des racines au faîte, et s'est accompagné de phénomènes caractéristiques, qui permettent de tracer positivement dans cette espèce la marche ascendante de la sève, ainsi que les causes physiques extérieures qui la modifient accidentellement.

Les noyers, les sycomores et les érables ont offert une tout autre marche. Au commencement de février, lorsqu'on les perça, ils ne manifestèrent aucun écoulement; M. Biot, désirant savoir à quel état intérieur correspondait cette inactivité, fit abattre différens individus de ces trois espèces d'arbres. L'intérieur des bouleaux fut trouvé très sec; celui des noyers, au contraire, était imprégné, depuis l'écorce jusqu'auprès de l'axe, d'une humidité qu'on en faisait suinter au moyen d'une pression mécanique, et qu'on voyait alors sortir principalement entre chacun des cercles concentriques qui limitent les couches annuelles. Toutefois, même pour ces deux espèces, il n'y eut sur les individus mis en expériences aucun indice d'écoulement jusqu'au 11 février, époque où un noyer commença à verser, dans la fiole intérieure qui était placée à 2 décimètres au dessus du sol, des gouttes de liquide, dont la quantité alla en augmentant progressivement. La sève recueillie contenait un sucre fermentescible que la polarisation circulaire fit connaître pour du sucre de canne. Après avoir été assez abondant pendant quelques jours, l'écoulement se ralentit vers la fin du mois de février, sans pourtant cesser tout-à-fait. La fiole située immédiatement au-dessus de la première, à un mètre au-dessus du sol, donna aussi quelque peu de liquide. Tous les autres trous restèrent complètement secs. Le noyer qui donnait la sève était de nature tardive. Un autre grand noyer, situé à cent pas de distance, et qu'on savait être plus bâtif au moins de quinze jours, ne donna absolument aucune trace d'écoulement.

En rapprochant ses observations de celles de Hales et d'autres physiologistes, M. Biot fut conduit à penser que les deux noyers, ainsi que les érables et les sycomores, refusaient leur sève, parce qu'il était, non pas trop tôt, mais trop tard : que ces espèces d'arbres étaient déjà imbibées de ce fluide; mais que la température actuelle étant remarquablement élevée pour la saison, ils évaporaient au moins autant d'eau qu'ils en recevaient par leurs racines, et qu'en conséquence, ils n'offriraient plus aucun écoulement cette année, à moins qu'une vive reprise ne vînt la saisir, et modérer, si ce n'est suspendre entièrement la quantité de leur exhalation.

L'événement a confirmé cette prévision. Dans la nuit du 10 au 11, par une gelée forte et sèche, les sycomores et les noyers se mirent à laisser couler la sève : l'écoulement devint bientôt très abondant, et continua avec quelque intermittence jusqu'au 16, où il commença à diminuer très sensiblement.

La polarisation circulaire fit connaître dans la sève des sycomores du sucre de canne. Le pouvoir de rotation, comparativement moindre, mais toujours dans le même sens, que manifesta la sève du negundo, fit douter si le sucre de cette sève n'était pas du sucre de fécule; mais la quantité très notable de sulfate de chaux qui s'en précipita dans l'ébullition, montrant que la densité du liquide était en grande partie due à la présence de ce sel, il en résulta que la quantité du sucre tenu en dissolution était proportion-

nellement très petite. Cela explique le peu d'intensité de l'action rotatoire.

Aucune de ces sèves, essayées au moment même où elles sortent de l'arbre, et par conséquent avant toute fermentation possible, ne contient d'acide carbonique libre, du moins dans cette saison; car l'eau de baryte n'y produit pas la moindre teinte laiteuse, si ce n'est dans la sève du négundo, où il se fait un léger nuage qui paraît suffisamment explicable par la présence du sulfate de chaux. Vauquelin cependant annonce dans ses recherches sur la sève, que l'eau de baryte y produit un précipité floconneux. Des épreuves ultérieures décideront à quoi tient cette différence. La question en vaut la peine; car si la sève, dans cette saison, ne contient pas d'acide carbonique libre, il faut que les jeunes bourgeons qui la reçoivent se nourrissent d'abord uniquement du sucre qu'elle contient, en le décomposant, pour s'en approprier le carbone avant ou après l'absorption, précisément comme le font les jeunes bourgeons qui la reçoivent, lesquels se nourrissent d'abord uniquement du sucre qu'elle contient, en le décomposant pour s'en approprier le carbone, avant ou après l'absorption, précisément comme le font les jeunes plumules de plantes germées, lesquelles vivent ainsi, dans les premiers momens, au moyen du sucre que leur fournit la fécule de leur graine.

En comparant la densité des sèves recueillies sur divers arbres et sur le même arbre à diverses hauteurs, M. Biot a confirmé la justesse de deux remarques importantes faites par M. Luight, savoir : 1° que la sève écoulée d'une incision diminue de densité (M. Biot ajoute : et de richesse saccharine) avec le temps, en sorte que la première émission est toujours la plus chargée; 2° que la densité (et la richesse saccharine) de la sève augmente dans un même arbre avec les hauteurs de l'incision.

La première remarque sur l'influence du temps s'est toujours confirmée pour le tronc et la partie supérieure de l'arbre, mais non pour les racines. Quant à la seconde, elle n'a été trouvée exacte que pour la tige, et les branches ont offert des irrégularités pour le présent inexplicables.

L'accroissement de densité de la sève avec la hauteur avait porté M. Luight et plusieurs autres physiologistes à penser que la végétation de l'été et de l'arrière-saison fait descendre dans le tronc des arbres, et peut-être jusque dans leurs racines, des matières qui s'y solidifient et y restent en dépôt, jusqu'à ce qu'au printemps la sève vienne progressivement les redissoudre et les reporter vers les branches pour y nourrir les jeunes bourgeons. M. Biot explique d'une autre façon l'augmentation de densité et de richesse saccharine de la sève, à mesure qu'on se porte vers la partie supérieure, et l'attribue à l'évaporation qui a enlevé à ce suc d'autant plus de sa partie aqueuse qu'il a parcouru plus de chemin. Il reste à l'appui de cette interprétation du phénomène l'expérience suivante :

Sur un sycomore qui venait d'être abattu, deux rouelles de la tige furent sciées, l'une à la base de l'arbre, l'autre à sept mètres de hauteur. Ces deux disques furent séparément réduits en fragmens très minces. 45 grammes de fragmens provenant de chacune des deux portions, furent mis dans des capsules de verre, et exposés dans une étuve à une température de 30 à 40°; après plusieurs jours de dessiccation, on trouva que les fragmens provenant de la portion inférieure s'étaient réduits de 45 grammes à 19 gr. 120, et que ceux de l'autre portion pesaient encore 28 gr. 970. Les premiers contenaient donc primitivement beaucoup plus d'eau.

Ce n'est pas tout : M. Biot prit une quantité égale (200 gr.) de fragmens desséchés de la portion supérieure et de l'inférieure. Il la traita par l'ébullition avec des quantités égales d'eau distillée, puis décolora la liqueur obtenue avec égale quantité de charbon animal. Les deux dissolutions filtrées et ramenées exactement à l'égalité du volume, avaient même poids, par conséquent même densité. Elles contenaient de plus la même proportion de sucre, comme le montre l'épreuve de la rotation circulaire.

La tige du sycomore soumis à l'expérience contenait donc dans toute son étendue une quantité égale de sucre pour un même poids de bois; mais cette quantité était mêlée à une plus grande masse d'eau dans le bas que dans le haut, probablement en raison de ce qu'on avait élevé progressivement l'évaporation dans le mouvement ascensionnel de la sève.

M. Becquerel a lu, à l'Institut (séance du 13 mai) une lettre de M. Biot sur les résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur la transformation opérée sous l'influence de l'action vitale, dans les produits carbonisés qui servent à la nutrition des jeunes plantes. Dans une note sur la nature et le mouvement de la sève du printemps, l'auteur avait annoncé que, dans le bouleau, le noyer, le sycomore et l'érable negundo, la sève contient un sucre fermentescible, dont la proportion est d'autant plus grande, que cette sève a été recueillie plus loin de la racine, et que ces différentes sèves, soumises à l'épreuve de la polarisation circulaire, indiquaient pour le bouleau un sucre analogue au sucre de raisin non modifié, et pour tous les autres arbres observés, un sucre analogue à celui de canne. Il avait reconnu en outre qu'aucune de ces sèves essayées au moment où elles sortent de l'arbre, ne contient, du moins à cette époque (février), d'acide carbonique libre; ce qui semblerait indiquer que les jeunes bourgeons qui reçoivent cette sève se nourrissent d'abord uniquement du sucre qu'elle contient, en le décomposant, comme font les jeunes plumules des plantes germées, lesquelles vivent ainsi, dans les premiers momens, du sucre que leur fournit la fécule de la graine.

Dans un second travail (1er avril), M. Biot annonça que dans les jeunes bourgeons de lilas, les seuls qui fussent à cette époque découverts de leurs écailles, il avait trouvé de même du sucre, et un sucre analogue, par sa rotation vers la gauche, au sucre de raisin non fermenté, et qu'au contraire le suc contenu dans le tronc et les branches du même arbuste, examiné à la même époque, était, par sa rotation à droite, assimilable, soit au sucre de canne, soit au sucre d'amidon : d'où il semblait résulter que la végétation du bourgeon a le pouvoir de changer ces sucres l'un dans l'autre, comme la végétation change la dextrine de la fécule en un sucre opérant comme elle la déviation du plan de polarisation vers la droite; comme la fermentation, d'après les remarques de MM. Bouchardat et Dubrunfaut, change le sucre de canne cristallisable en sucre incristallisable, c'est-

à-dire le rend analogue au sucre de raisin non solidifié, déviant le plan de polarisation vers la gauche. (Le sucre de fécule soumis à la fermentation ne subit point cette métamorphose, et garde sa rotation vers la droite jusqu'à ce qu'il ait été entièrement détruit.)

Ces observations sur les bourgeons du lilas étaient faites vers la fin de mars; celles qui font l'objet de la nouvelle communication sont des premiers jours de mai. Dans l'intervalle, les bourgeons, en s'ouvrant, ont développé des organes foliacés, à l'aide desquels ils agissent sur l'acide carbonique contenu dans l'air, et le décomposent, en s'emparant de son carbone. Cette nouvelle circonstance change le résultat précédent; car alors ils forment du sucre de fécule dont la rotation à droite, inaltérable par la fermentation et par les acides, dissimule l'inversion imprimée au sucre de canne de la sève, et porte même la résultante des deux rotations dans son propre sens, c'est-à-dire à droite.

Dans les jeunes bourgeons de sycomore, il y a bien même opposition entre le pouvoir rotatoire à droite du sucre de fécule des bourgeons et celui du sucre de canne de la sève, interverti par l'action de l'acide qu'ils dégagent ou de l'espèce de fermentation qui s'y opère; mais comme la sève de sycomore est très riche en sucre, c'est elle qui détermine le sens de la résultante de ces deux actions opposées, et la déviation a lieu vers la gauche.

M. Biot fait remarquer que l'intérieur de ces bourgeons, soit qu'il contienne des tiges à feuilles ou à fleurs, est d'un vert vif. Il se demande si cette coloration dans des organes qui ne sont pas frappés de la lumière, indique chez eux le pouvoir de décomposer des produits organisés, ou si elle est l'effet d'une pareille décomposition.

Si dans le lilas c'est le sucre de la sève qui imprime à la résultante son sens de rotation, et si dans le sycomore c'est le sucre formé par les organes foliacés, dans le noyer, où le même antagonisme existe, il y a, du moins à une certaine époque, équilibre entre ces deux actions, avant comme après la fermentation alcoolique.

M. Biot parle aussi des altérations qu'éprouvent, sous l'influence de l'action vitale les racines féculentes, conservées pendant l'hiver, et compare leur composition, à la fin de cette saison, avec celle qui leur est trouvée quelques mois plus tôt. Nous n'avons pu suivre assez bien à la lecture les transformations qu'il annonce, pour en rendre compte ici, et nous tâcherons d'y revenir par la suite.

Nous avons rappelé plus haut que M. Biot avait trouvé la sève d'autant plus riche en sucre qu'elle était prise plus loin du collet. Il attribuait cette plus grande proportion à l'évaporation progressive de la partie aqueuse qui a lieu pendant l'ascension. Il devenait important, pour vérifier cette conjecture, d'évaluer la quantité d'évaporation qui se fait par l'écorce, et qui, dans certains cas, paraît être très considérable. M. Biot témoigne le désir de faire quelques expériences à ce sujet; mais il fait remarquer que ces expériences exigent un appareil assez coûteux : il ne pourrait les faire si l'Académie ne l'aidait à en supporter les frais.

M. Becquerel a lu à l'Institut (séance du 26 mai) une lettre de M. Biot, en date du 24 mai, dans laquelle il lui fait part des résultats nouveaux auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur la végétation. A l'époque de l'année où nous nous trouvons, la surface de la plupart des arbres exogènes est humectée par un suc visqueux qui permet de la séparer facilement du tronc : c'est le *cambium* qui sert à la formation de la nouvelle couche corticale et de la nouvelle couche ligneuse qui s'ajoutent annuellement à celles des années précédentes. Les botanistes considèrent en général le *cambium* comme un mélange de la sève ascendante et d'un suc descendant élaboré par les feuilles. Pour bien constater sa nature, M. Biot a fait les expériences suivantes :

Le 13 mai, il fit couper à un mètre de terre un grand bouleau, dont la tête était couverte de feuilles complètement développées, et produisant, par conséquent, du sucre de canne. Toute la partie du tronc supérieure à la section fut écorcée, ainsi que les branches principales, et, à mesure, on recueillait, en raclant, le suc dont la couche externe de l'aubier était imprégnée. On obtint ainsi une quantité de cambium suffisante pour son examen. Il était d'un goût sucré, légèrement acide, et exerçait la rotation à droite. Mis en contact avec le levain de la bière, il fermenta vivement, donna du gaz acide carbonique pur, et, soumis alors à l'épreuve de la polarisation, il exerça la rotation à gauche d'une manière plus faible. Ce *cambium* contenait, par conséquent, du sucre de canne pareil à celui que les feuilles fabriquent, soit que ce sucre vînt en effet des feuilles, ou que l'écorce vivante eût comme elles le pouvoir de le former.

A l'époque où l'expérience fut faite, les bouleaux ne versent plus de sève par les blessures qu'on fait à leur écorce. La section même du tronc coupé était parfaitement sèche, excepté à l'union des parties ligneuses et corticales. M. Biot cependant soupçonna que l'ascension de la sève n'était pas pour cela arrêtée, et que seulement la vive aspiration des feuilles l'empêchait de se répandre au-dehors. Cette cause n'existant plus après l'ablation d'une partie du tronc avec les branches, l'observateur s'attendait à ce que la partie qui était restée fixée au sol verserait de la sève. En effet, la section ayant été, immédiatement après l'opération, recouverte convenablement, et munie, ainsi que le tronc, d'appareils propres à recueillir la sève, on ne tarda pas à en obtenir, d'abord du canal situé le plus près du sol, puis des supérieurs, puis de la section elle-même, qui finit par s'humecter dans toute son étendue. L'écoulement, après un certain temps, s'est ralenti : au bout de douze jours, il était presque nul. La sève ainsi recueillie fut, dans les premiers temps, limpide comme de l'eau; après deux jours, elle coula laiteuse. Dans ces deux états, elle ne jouissait d'aucun pouvoir de rotation, et ne contenait pas de sucre. Cette apparence laiteuse était due à une matière neutre qui, desséchée et observée au microscope, présente un aspect granuleux, pulvérulent, sans aucun indice d'organisation ni de cristallisation. Cette sève, comme on voit, est bien différente de l'abondante sève du printemps, qui contient un sucre tournant à gauche. Ce n'est donc pas elle qui a pu fournir au *cambium* le sucre que M. Biot y a trouvé, et il faut reconnaître que ce sucre, ainsi qu'on le soupçonnait déjà, est descendu des feuilles, ou a été fabriqué immédiatement

par l'écorce. Des expériences semblables ont été pratiquées sur des sycomores, arbres qui diffèrent extrêmement des bouleaux, quant au mouvement de la sève, à sa nature, et aux produits contenus dans les feuilles naissantes. On doit se rappeler que le suc contenu dans ces jeunes feuilles ou dans les bourgeons exerçait très puissamment la rotation à gauche. Le suc contenu dans les feuilles bien développées, soumis à la même expérience, après avoir été filtré et décoloré par le charbon, s'est conduit de la même manière. La levure de bière y a déterminé une fermentation alcoolique très vive, après laquelle la rotation était plus faible, mais dans le même sens.

Un caractère cependant distingue le suc des bourgeons de celui des feuilles développées : c'est que, si l'on traite ce dernier par l'alcool, on y reconnaît la présence d'une matière analogue à la gomme, et qui exerce la rotation à gauche, comme la résultante dans les élémens sucrés contenus dans la liqueur. Le cambium, recueilli par le moyen indiqué pour le cas du bouleau, montre une résultante de rotation assez faible, et dirigée non plus vers la gauche comme celle du suc des feuilles, mais vers la droite. La fermentation alcoolique déterminée par la levure de bière fut très vive, et il en résulta qu'un des élémens de cette résultante de rotation, celui qui indiquait du sucre de canne, s'intervertit, et, passant à gauche, donna une rotation absolue dans le sens cinq fois aussi grande que la première. Il y avait aussi évidemment un mélange de sucre de canne tournant à droite, et d'un autre principe, cause de la rotation à gauche, dans le suc observé avant l'inversion.

Il est très singulier de voir le cambium présenter des résultats aussi différens de ceux des feuilles avec lesquelles il est immédiatement en communication. On pourrait, pour s'en rendre raison, supposer qu'il existe encore dans le sycomore, comme nous l'avons vu pour le bouleau, une ascension de sève contenant, comme celle du premier printemps, du sucre de canne tournant à droite : mais il faudrait que cette ascension s'opérât uniquement dans le voisinage des couches corticales, car la surface de la section, chez les deux sycomores mis en expérience, est restée constamment la même.

M. Biot termine sa lettre par l'indication de quelques changemens qu'il a vus se produire dans les sucs de certaines graminées par les progrès de la végétation. Le 3 mai, les tiges de seigle déjà épiées, mais non fleuries, et séparées de leurs épis, présentaient une résultante de rotation très forte vers la gauche, rotation produite par un mélange de sucre de canne et de matière tournant à gauche, celle-ci y dominant. Douze jours plus tard, ces tiges, plus près de fleurir, ayant été traitées de la même manière, ont montré une résultante dans l'autre sens, c'est-à-dire à droite, résultante que la fermentation a intervertie et fait passer à gauche, en la rendant plus énergique dans ce sens. Il y a donc encore ici un mélange dans lequel le sucre de canne, soit avant, soit après l'interversion, exerce la prépondérance et détermine le sens de la résultante.

MÉMOIRE

Relatif à l'action des différens acides sur le sucre, la dextrine, le sucre de lait et la mannite; lu à l'Académie royale des sciences, le 11 février 1833;

PAR M. PERSOZ.

(EXTRAIT.)

Dans ce mémoire, l'auteur a pour but de donner de nouvelles preuves de la relation intime qui existe entre les changemens chimiques que subissent ces substances sous l'influence des acides, et les changemens moléculaires ou rotatoires que ces mêmes substances manifestent après l'intervention de ces agens.

Dans la première partie, M. Persoz examine l'action des acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, tartrique, oxalique et acétique, sur le sucre de canne, et arrive aux résultats suivans :

Si dans une dissolution contenant 47 à 48° 0/0 de sucre, et qui, examinée dans un tube de 150 millimètres, donnerait une force rotatoire de 45 degrés à droite, on vient remplacer une partie de l'eau de cette dissolution par une quantité d'acide sulfurique égale en poids au cinquième du sucre, la rotation passera de 15 à 16 vers la gauche, après que la liqueur aura été échauffée à 40 degrés centigrades; et si on vient à enlever l'acide, on n'y trouvera plus que du sucre de raisin.

Les autres acides employés en quantités équivalentes à l'acide sulfurique de l'expérience précédente, donneront, non-seulement les mêmes changemens dans la rotation, mais encore un sucre analogue; d'où l'auteur est conduit à admettre que le sucre que l'on tire des différens fruits est le même que celui qu'il obtient par l'action des acides sur le sucre de canne, puisqu'il possède comme lui la faculté de dévier les places de polarisation vers la gauche. Enfin, comme application, l'auteur démontre par ses expériences que, dans la raffinerie et la fabrication du sucre, la présence d'un acide quelconque doit être la cause principale de la formation du sucre incristallisable qu'on obtient indépendamment de celui qui se fait par l'action de la chaleur. D'après M. Persoz, les acides les plus puissans, comme les plus faibles, produisent le même effet.

Dans la seconde partie, il examine, comme pour le sucre, l'action des différens acides sur la dextrine retirée de la fécule de pommes de terre. Cette action se trouve être la même pour tous les acides que celle qu'avaient observée M. Biot et lui, avec l'acide sulfurique et la dextrine, c'est-à-dire que, par l'action de l'acide, la substance, qui d'abord avait un grand pouvoir rotatoire vers la droite, a diminué d'intensité rotatoire, sans passer toutefois vers la gauche. Ce fait, de ne pas passer à gauche par les acides, conduit M. Persoz à en inférer que ce n'est point la fécule qui se transforme en sucre de raisin dans la maturation des fruits, mais plutôt le sucre de canne, ou une substance qui le précéderait dans sa formation. A l'occasion de ces expériences,

M. Persoz aborde la question de la fermentation sucrée, et pense qu'on ne doit l'envisager que comme le résultat de l'action de l'acide carbonique qui se produit dans la germination par le seul effet de l'air sur la semence placée dans des conditions convenables, et telle, que la jeune plante qu'elle renferme (l'embryon) puisse acquérir son développement.

Dans la troisième partie, il soumet le sucre de lait à l'action des acides sulfurique, citrique et acétique, et trouve que, par leur intervention, le sucre de lait, par lui-même, tourne les places de polarisation vers la droite, augmente de force rotatoire dans le même sens; que, parvenu, par ces agens, au *minimum* de rotation, ce sucre se trouve capable de fermenter et de donner de l'alcool; ce qui avait été observé par M. Vogel pour l'acide sulfurique. La manière dont se comportent les acides sur le sucre de lait offre à l'auteur les moyens d'expliquer plusieurs phénomènes de la fermentation du sucre de lait qui, par lui-même, n'a pas cette propriété. M. Persoz propose à ce sujet un moyen facile de tirer un parti avantageux du petit-lait, résidu de la fabrication des fromages qui se font en si grande quantité sur les montagnes du Jura et en Suisse.

C'est ainsi qu'il fait bouillir du petit-lait, auquel il ajoute par pinte de 4 à 5 grammes d'acide sulfurique, et réduit par l'évaporation le liquide aux deux tiers; puis il sature l'acide sulfurique par de la craie, et obtient une liqueur sucrée, à laquelle on ajoute une quantité convenable de ferment, pour transformer le sucre qu'elle contient en alcool qu'on peut retirer par la distillation.

La dernière partie de ce mémoire a rapport à la mannite, et à l'immobilité de cette matière en présence des acides.

L'auteur termine par quelques observations sur les substances qui jouissent, ou non, de la faculté d'agir sur les rayons polaires.

Le même chimiste lit un second mémoire, dans lequel il traite de l'extraction de l'osmium et de l'iridium, et de l'action du sulfate acide de potasse sur les métaux du platine en présence des chlorures alcalins.

M. Persoz donne un procédé simple et facile pour l'extraction de l'osmium et de l'iridium. Il consiste à mélanger une partie du résidu de platine (osmium et iridium) avec deux parties de carbonate de soude et de deux parties et demie de soufre; à calciner ce mélange, et à lessiver le produit. Il obtient par ce moyen des sulfures d'osmium et d'iridium qu'il mêle avec trois fois leur poids de sulfate de mercure.

Il introduit le tout dans une cornue, à laquelle sont adaptés une alonge et un récipient. L'appareil ainsi disposé est porté au rouge. Tout l'osmium se volatilise et passe dans le récipient à l'état d'oxi-sulfure bleu, et reste aussi en partie dans le col de la cornue en combinaison avec le mercure et l'oxigène. En chauffant l'un et l'autre de ces composés en présence de l'hydrogène, on obtient l'osmium métallique; l'iridium reste dans la cornue à l'état d'oxide, quelquefois retenant des traces d'osmium qu'on sépare au moyen de la potasse; puis de cet oxide pur, on retire facilement l'iridium.

M. Persoz termine ce mémoire en indiquant l'action remarquable du sulfate acide de potasse et d'un chlorure alcalin sur les métaux (comme ceux que renferme le minerai de platine), qui forment des chloro-sels: action de laquelle il résulte la décomposition de l'acide sulfurique en acide sulfureux et en oxigène qui se porte sur le métal du chlorure alcalin, met le chlore en liberté, puis, se combinant au métal qui est en présence, forme un chlorure acide capable de s'unir à une partie non décomposée du chlorure alcalin, et de former une sel double.

Un mélange de cette nature donnant ainsi un dégagement de chlorure à une température élevée, fait penser à M. Persoz que ce moyen ne sera pas sans application pour l'analyse des minerais réfractaires, particulièrement pour celui de platine.

Il annonce, en outre, un mémoire sur l'action réciproque du chlorure avec les sulfates acides.

EXTRAIT

D'un Mémoire sur un nouveau procédé pour obtenir l'acide iodique;

par M. DE GROSOURDY.

Le nouveau procédé que propose M. Grosourdy pour obtenir l'acide iodique, est fondé sur la décomposition du perchlorure d'iode par l'eau, et la grande différence de solubilité de l'iodate de baryte et du chlorure de barium.

On fait passer un courant de chlore dans une série d'éprouvettes disposées comme l'appareil de Wolf, et dans lesquelles on a mis de l'iode pulvérisé, et en suspension dans une petite quantité d'eau. Lorsqu'on juge que tout l'iode est converti en perchlorure, on arrête le dégagement du chlore; on verse de l'eau dans la liqueur brune, jusqu'à ce qu'elle cesse d'être colorée, signe auquel on reconnaît que la transformation du perchlorure d'iode en acides iodique et hydrochlorique est complète. La nouvelle liqueur est ensuite saturée par du carbonate de baryte pur, et en poudre fine qu'on ajoute par petites parties, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'effervescence. On obtient ainsi tout à la fois de l'iodate de baryte et du chlorure de barium. Le premier de ces composés étant extrêmement peu soluble dans l'eau, tandis que le deuxième s'y dissout en assez grande quantité, on se débarrasse facilement de ce dernier par des lavages à froid suffisamment multipliés. L'iodate de baryte, ainsi purifié, est traité par l'acide sulfurique pur étendu de quatre parties d'eau, en ayant grand soin de n'en pas admettre en excès. On jette toute la masse sur un filtre qui retient le sulfate de baryte, tandis que l'acide iodique passe seul en dissolution dans l'eau. On évapore et on fait cristalliser. Ce procédé est, comme on voit, très rationnel, et s'explique facilement au moyen des formules suivantes:

$$2\,(J\,Cl^5) + 5\,H^2\,O = 5\,(H^2\,Cl^2) + J^2\,O^5$$

$$5\,(H^2\,Cl^2) + J^2\,O^5 + 6\,(Ba\,O\,CO^2) = 6\,(CO^2) + Ba\,O\,J^2\,O^5 + 5\,(H^2\,O) + 5\,(Ba\,Cl^2)$$

$$Ba\,O\,J^2\,O^5 + So^3 = Ba\,O\,S\,O^3 + J^2\,O^5.$$

Mais, si j'en juge par une seule expérience que j'ai faite,

il est fort long et d'une exécution difficile. Toutefois, il m'a paru préférable à tous les procédés publiés jusqu'ici, si ce n'est celui de M. Boutin, qui a substitué à l'iode du commerce de l'iode nouvellement précipité, sur lequel on opère d'ailleurs comme l'a indiqué M. Sérullas.

Cette heureuse innovation de M. Boutin permet d'obtenir en quelques instans une grande quantité d'acide iodique parfaitement pur.

M. de Grosourdy a obtenu un nouvel iodure de soufre de couleur rouge-cinabre, en traitant le perchlorure d'iode par un excès d'hydrogène sulfuré. Ce chimiste n'a pas d'ailleurs indiqué les caractères de ce nouveau corps. Il serait pourtant très intéressant d'en faire une étude approfondie.

NOTE

Sur un phénomène que présente la congélation de l'eau par l'éther.

M. Pontus, professeur de physique et de chimie au collége royal de Cahors, nous communique l'observation suivante :

Tous les chimistes savent que si l'on prend une ampoule de verre terminée par un petit tube d'environ 1 à 2 centimètres de longueur, et qu'après l'avoir remplie d'eau, ainsi que le tube, on l'entoure de coton en rame bien imbibé d'éther; si on la place sous le récipient de la machine pneumatique et qu'on fasse le vide, la vaporisation rapide de l'éther enlève assez de calorique à l'ampoule et à l'eau pour faire passer celle-ci à l'état de glace. En répétant cette curieuse expérience, M. Pontus a reconnu que quelques instans avant la congélation une *étincelle bien visible en plein jour* s'échappe du petit tube qui termine l'ampoule. Ce phénomène est si vrai et si général, que toutes les fois qu'il aperçoit l'étincelle, il en conclut que la congélation va avoir lieu, et que toutes les fois qu'il n'en voit point, il présume que l'instant de la congélation est encore éloigné; et M. Pontus ne s'est jamais trompé dans ses prévisions. Je serais trop long, dit-il, si je donnais aujourd'hui mon opinion sur la formation de cette étincelle; je me borne à citer le fait, et à observer que c'est en étudiant avec la plus scrupuleuse attention les phénomènes, qu'on parviendra à expliquer la formation des glaçons au fond des lacs et des rivières. A la vérité, M. Arago a expliqué déjà d'une manière satisfaisante la formation des glaçons au fond *des eaux courantes;* mais la cause de la formation des glaces au fond des lacs est encore inconnue.

Nous avons également observé le dégagement d'une étincelle électrique au moment de la congélation de l'eau par le procédé dont parle M. Pontus. M. Becquerel, auquel nous communiquâmes ce fait, nous dit avoir remarqué un semblable dégagement au moment de la formation des cristaux dans les liquides. JULIA-FONTENELLE.

Existence de la morphine dans les semences de pavot (papaver somniferum, Lin.).

M. Accarie, pharmacien à Valence, vient de nous annoncer qu'ayant fait infuser dans l'eau bouillante 6 livres de graine de pavot blanc, il en a obtenu 250 grammes d'extrait en consistance pilulaire. Cet extrait avait une odeur faible d'opium. Ayant été dissous dans suffisante quantité d'eau et mis en ébullition avec demi-once de magnésie pure, le précipité, lavé et séché, fut traité par l'alcool bouillant qui s'empara de la morphine. Pendant l'évaporation de l'alcool, on voyait flotter sur le liquide quelques gouttes d'huile qui furent aisément séparées par la filtration. La quantité de morphine ainsi obtenue fut de 30 grains, ou bien de 5 grains par livre de semence.

Si les expériences de M. Accarie se confirment, il sera aisé de voir quelle est l'erreur où l'on est de jeter souvent les semences de pavot comme inertes, quand on veut faire des décoctions des têtes de ce végétal pour tisanes, lavemens, etc. JULIA-FONTENELLE.

Encre indélébile; Par M. DUMOULIN.

(BREVET D'INVENTION.)

L'on dissout une livre de sous-carbonate de soude pur dans dix livres d'eau bouillante; l'on y ajoute alors 4 onces de résine et environ 8 livres de cire coupée en morceaux; l'on remue pour faire dissoudre le tout dans la liqueur.

D'autre part, prenez 30 onces de ce savon, faites-le dissoudre dans 30 livres d'eau bouillante et filtrée. Ajoutez-y 2 livres de résine-laque et 1 once et demie de colle de poisson mêlée avec 1 once de chlorure de sodium (sel marin). La résine-laque se dissout très bien dans cette liqueur : si, par hasard, le savon n'est pas assez alcalin, on y ajoute quelques gros de soude pour hâter cette solution qui forme la base liquide de cette encre. Pour la rendre noire, l'auteur prend une livre de charbon de vigne, 3 onces de charbon animal fait avec de la laine ou de la gélatine, 1 once et demie de charbon de sucre; il porphyrise les charbons ensemble avec un peu d'indigo, pour donner à l'encre un aspect bleuâtre. Cette poudre impalpable est alors délayée dans la liqueur que l'on décante quand elle en est suffisamment chargée. L'encre ainsi obtenue jouit de toutes les qualités convenables. On peut remplacer la colle de poisson et le chlorure de sodium par une égale quantité de gomme arabique. Il est bon de faire observer que cette encre est d'autant plus belle et plus noire, que les charbons ont été mieux porphyrisés. L'encre de M. Dumoulin est inaltérable à l'air et inattaquable par le chlore, par l'acide nitrique concentré, par l'acide sulfurique étendu d'eau, l'acide oxalique, la potasse, la soude, l'eau bouillante, etc. J.-F.

BIBLIOGRAPHIE.

JUILLET, 1833.

Inductions pratiques et physiologiques tirées de l'observation. Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 juin 1833, par M. J.-B. Filhos.

L'auteur débute par l'exposé de ses recherches sur la structure du cœur, sujet sur lequel il se trouve en contradiction avec M. Gerdy. Il n'a jamais pu parvenir à trouver la continuité des fibres externes ou contournées du ventricule gauche, avec celles qui forment le plan moyen; constamment il a vu les fibres externes se contourner de droite à gauche et de haut en bas, former une spirale vers la pointe de ce ventricule, et se terminer enfin à un raphé bien manifeste. De ce raphé partent les fibres contournées internes, se comportant comme les précédentes, mais dans une direction tout opposée. Les fibres du ventricule droit n'affectent pas une disposition semblable aux précédentes; elles semblent former des demi-ellipses dont les extrémités sont dirigées en haut et la convexité en bas. Du reste, les fibres externes sont sensiblement dirigées de haut en bas, et les fibres internes se portent dans un sens opposé.

Des phénomènes physiologiques particuliers à chaque ventricule doivent nécessairement résulter de la différence de disposition de leurs fibres musculaires. Voici les corollaires que l'auteur a cru pouvoir en tirer :

1° L'impulsion du cœur sur les parois thoraciques est due seulement à la contraction instantanée des fibres musculaires du ventricule gauche, qui, tendant nécessairement à se redresser vers la pointe de cet organe où elles sont contournées en spirale, la relèvent subitement et la lancent en avant.

2° Les fibres du ventricule droit, en se contractant, ne peuvent nullement produire le mouvement dont on vient de parler. N'étant pas contournées, elles doivent se borner à produire un simple mouvement de contraction et de dilatation.

3° La dilatation du cœur est un mouvement évidemment actif, et il est très-probable qu'il est dû à l'action des fibres contournées internes.

4° Les grands mouvemens du cœur ne paraissent dépendre que de l'action du ventricule gauche.

5° Le bruit des valvules est en raison directe de l'énergie de contraction ou de dilatation des ventricules qui doivent le produire; aussi doit-il être très-fort dans le ventricule gauche, et, au contraire, faible et très-difficile à percevoir dans le ventricule droit.

L'explication suivante des fonctions des oreillettes est surtout digne d'être notée : les oreillettes sont des réservoirs légèrement contractiles destinés à favoriser l'ampliation des cavités ventriculaires au moment de la dilatation du cœur. Si les oreillettes avaient pour but unique de pousser le sang dans les ventricules, et surtout de vaincre leur force de contraction, comme le pensaient Laennec et Meckel, le sang qu'elles contiennent aurait beaucoup plus de tendance, dans le moment de la contraction, à refluer dans les veines caves ou pulmonaires, dépourvues de valvules, qu'à pénétrer dans les valvules, et, pour être convaincu de cette vérité, il suffit de jeter un coup-d'œil comparatif sur la disposition anatomique des ventricules et des oreillettes. Des cavités assez larges et contenant une assez grande quantité de sang étaient nécessaires aux ouvertures des ventricules, dans lesquelles ceux-ci pussent puiser presque instantanément une assez grande quantité de sang pour se remplir. Sans cette disposition, ce phénomène aurait pu s'exécuter trop souvent d'une manière incomplete pour qu'il n'en eût pas résulté des accidens graves; mais le trouble le plus à craindre aurait probablement dépendu de la force du mouvement d'aspiration qui se serait fait sentir d'une manière plus ou moins fâcheuse dans les veines voisines, qui auraient été soumises ainsi à un mouvement de ballottement toujours nuisible.

M. Filhos expose et soutient sa théorie favorite avec beaucoup de clarté et de précision. Il est fâcheux toutefois qu'il n'ait pas cherché à rendre raison, d'après ses idées, des différens phénomènes pathologiques qui appartiennent au cœur. Une théorie, pour être complète, ne doit pas seulement renfermer les faits physiologiques, mais encore ceux qui sont du ressort de la pathologie. L'auteur ne parle point non plus de l'ouvrage récent du docteur Hope; il nous semble pourtant que la connaissance des écrivains étrangers, et surtout des contemporains, est indispensable pour celui qui a la louable prétention d'émettre des idées nouvelles sur un sujet scientifique quelconque.

Nous ne dirons rien sur les bons effets du sirop de pointes d'asperges, qui se trouvent en contradiction avec les résultats que M. Gendrin vient d'obtenir à l'hôpital Cochin, et nous allons résumer, en peu de mots, les deux derniers chapitres de cette thèse.

Le traitement préconisé par l'auteur contre la colique de plomb, consiste dans l'administration de l'hydrochlorate de morphine, employé par quart de grain ou par demi-grain, jusqu'à effet désiré. On a pu donner ainsi jusqu'à sept grains de ce sel dans les vingt-quatre heures, sans obtenir d'autres résultats que la cessation des coliques. Le docteur Filhos rapporte plusieurs cas où la maladie a été guérie avec une rapidité extraordinaire.

Pour ce qui regarde la troisième partie de la thèse, l'auteur s'est servi, pour faire ses expériences, d'un poinçon conique et arrondi, de trois pouces de long à peu près, ne marquant dans sa partie la plus

large que trois lignes et un quart au graduomètre à trous.

1° Avec cet instrument, il a obtenu constamment de petites plaies alongées, à deux bords égaux et rapprochés, à angles très aigus.

2° Les petites plaies étaient d'autant plus longues que l'instrument était enfoncé plus profondément.

3° Si dans quelques points de la surface du corps, les lèvres de la plaie restaient écartées, il suffisait de tendre la peau pour les rapprocher exactement.

4° Le rapprochement exact ne pouvait avoir lieu que dans un seul sens.

5° Dans une région donnée du corps, les piqûres ont toujours affecté la même direction. Ainsi sur les parties latérales du cou elles sont dirigées obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; à la partie antérieure de cette région elles sont transversales; à la partie antérieure de l'aisselle, ainsi qu'à l'épaule, elles sont dirigées de haut en bas; au thorax, elles sont parallèles à la direction des côtes ou des espaces intercostaux, et elles se rapprochent d'autant plus de la verticale qu'on les observe plus près de la partie antérieure et inférieure de l'aisselle; à la région antérieure de l'abdomen elles sont obliques, et semblent affecter la direction des fibres musculaires; à la partie moyenne de l'abdomen elles sont transversalement dirigées; enfin, aux membres, elles sont parallèles à leur axe.

D'après ce qui précède il sera facile de déterminer, dans le plus grand nombre des cas, si une plaie a été produite par un instrument piquant ou par un instrument tranchant, en ayant égard au siége et à la direction de la blessure. Deux observations sont citées à l'appui de cette découverte, qui peut avoir, en médecine légale, d'heureuses applications.

Études sur le genre de mort des hommes illustres de Plutarque et des empereurs romains; par le baron Desgenettes. (104 pages.) Paris, 1833.

Si l'imagination aime à se repaître des hauts faits que nous transmet l'histoire, l'esprit n'aime pas moins à se recueillir sur les particularités de la vie privée des hommes dont les noms retentissent dans le monde. Nous nous plaisons à les dépouiller de ce prestige de gloire extérieur, et à les suivre dans l'intimité de la vie domestique, sans doute par un instinct secret qui nous porte à découvrir chez eux quelques traces de cette humaine faiblesse par laquelle l'homme, quel qu'il soit, tient toujours à son espèce, et qui nous dédommage en quelque sorte de la supériorité que la renommée leur a dévolue. Parmi les phases de la vie humaine, la plus intéressante pour le philosophe est sans contredit ce moment suprême où l'homme, réclamé par le néant, se montre à nu, dépouillé de ce vernis factice imposé par les intérêts sociaux; pour le médecin, un motif de curiosité scientifique vient se joindre à cette leçon de philosophie; il voudra savoir de quelle manière l'activité morale influe sur le physique, et suivre les ravages de l'ame sur son enveloppe. Or, cette dernière étude, appliquée aux personnages de l'antiquité, est hérissée de difficultés, faute de documens susceptibles de nous éclairer; lacune inhérente, on le conçoit, à l'époque où ces hommes ont vécu. M. Desgenettes a, du reste, apprécié la difficulté, et sans vouloir se lancer dans de vagues suppositions, il s'est borné à nous retracer dans toute leur simplicité les narrations de l'histoire. Sous ce rapport le titre de sa brochure manque de précision, car au lieu d'études, il n'a produit que des recherches sur le genre de mort des hommes illustres. Quoi qu'il en soit, ce simple exposé n'est pas dépourvu d'utiles leçons, et comporte au moins l'intérêt de curiosité; d'autant mieux que par de rapides esquisses biographiques il établit les principaux motifs psycologiques de ces mémorables catastrophes. Ce travail, qui n'est lui-même qu'une série d'analyses détachées, ne se prête pas à une esquisse générale; cependant, au risque de n'offrir qu'un squelette, nous ferons la récapitulation de ces genres de mort.

Thésée fut précipité d'un rocher par Lycomède, son hôte; d'autres disent qu'il tomba par accident. Romulus fut massacré par les sénateurs qui le supposèrent enlevé au ciel. Lycurgue ayant fait promettre aux Lacédémoniens d'observer ses lois jusqu'à son retour, partit pour l'île de Crête, où il se laissa mourir de faim. Numa mourut probablement de vieillesse. Solon mourut aussi à quatre-vingts ans. Publicola mourut vieux et pauvre. Thémistocle s'empoisonna pour ne pas combattre contre sa patrie. Camille mourut de la peste. Périclès mourut également de la peste. Fabius mourut à cent ans. Alcibiade fut assassiné par les sbirres de Pharnabaze. Coriolan fut massacré par les Volsques. Paul-Émile, à la suite d'une longue maladie dont il était convalescent, fut pris soudain d'un rêverie et dévoiement d'entendement dont il mourut trois jours après. Timoléon mourut très-vieux. Pélopidas mourut, en combattant, d'un coup de lance dans la poitrine. Marcellus fut tué par les Carthaginois, dans une rencontre. Aristide mourut vieux. Caton mourut à quatre-vingt-six ans. Philopœmen fut empoisonné par les Messéniens. Flaminius mourut paisiblement dans sa maison. Pyrrhus fut tué au sac d'Argos. Marius mourut d'une pleurésie, suivant Plutarque. Lysandre fut tué dans un combat contre les Athéniens. Sylla mourut de la maladie pédiculaire. Cimon fut tué en combattant. Lucullus mourut d'un philtre que lui donna un affranchi, selon Cornélius-Népos. Nicias fut massacré par les Syracusains. Crassus fut assassiné par les agens de Suréna. Sertorius fut assassiné par Perpenna. Eumènes fut assassiné par un agent d'Antigonus. Agésilas mourut à quatre-vingt-quatre ans. Pompée fut assassiné par les agens de Ptolémée. Alexandre mourut d'une affection fébrile, suite d'une orgie selon les uns, du poison selon d'autres. Jules César fut assassiné par des conjurés. Phocion fut empoisonné par les Athéniens. Caton d'Utique se tua d'un coup d'épée, déchirant ensuite ses entrailles. Agis fut étranglé par ordre des Éphores. Cléomènes se perça de son épée, dans un accès de frénésie. Les deux Gracchus furent massacrés par le peuple. Démosthènes s'empoisonna pour échapper à l'assassinat. Cicéron fut assassiné par ordre d'Antoine. Démétrius mourut, dit-on, d'apoplexie. Marc-Antoine se perça de son épée, après la victoire d'Octave. Artaxerce mourut à quatre-vingt-quatorze ans. Dion fut assassiné par ordre de Callipe. Brutus se perça de son épée, sur le champ de bataille de Philippe. Aratus fut empoisonné par ordre de Philippe II. Galba fut égorgé par ses soldats. Othon se tua de son épée. Annibal s'empoisonna pour se soustraire aux Romains. Scipion mourut paisiblement.

En résumé, sur cinquante-deux hommes des plus illustres sous divers rapports, dont Plutarque fait mention, dix-huit sont morts naturellement, vingt ont été assassinés ou empoisonnés, huit se sont donné la mort, et six sont morts les armes à la main.

Parmi les empereurs romains dont il n'a pas encore été fait mention, Auguste mourut paisiblement. Tibère mourut épuisé de débauches. Caligula fut tué par un de ses gardes. Claude mourut empoisonné par Agrippine. Néron se coupa la gorge pour se soustraire à l'arrêt du sénat. Vitellius fut tué par le peuple. Vespasien mourut, dit-on, d'une inflammation des intestins. Titus mourut d'une affection fébrile. Domitien fut assassiné dans son palais. Nerva mourut d'une fièvre occasionée par la colère. Trajan mourut paisiblement. Adrien mourut d'hydropisie. Antonin mourut de maladie avec des momens de délire. Marc-Aurèle mourut de la peste. Lucius Verus mourut jeune. Commode fut empoisonné, puis étranglé par une courtisane. Pertinax fut assassiné par les prétoriens. Didier Julien fut tué par ordre du sénat. Pescennius Niger fut assassiné par des soldats de Sévère. Sévère mourut des suites de la goutte. Caracalla fut tué par un garde prétorien. Géta fut tué par son frère Caracalla. Macrin fut tué par les soldats d'Héliogabale. Héliogabale fut massacré par les prétoriens. Alexandre Sévère fut assassiné par ordre de Maximin. Maximin fut tué par ses soldats. Gordien père se donna la mort. Gordien fils fut tué en combattant. Pupien et Balbin furent tués par les prétoriens. Philippe fut tué par un de ses soldats. Dèce mourut à la suite d'une bataille. Gallus, Hostilien, Volusien furent assassinés. Emilien fut tué par ses soldats. Valérien mourut prisonnier des Perses. Gallien fut assassiné. Suivent une vingtaine de tyrans qui tous moururent de mort violente. Claude II mourut de la peste. Quintillius se fit ouvrir les veines. Aurélien fut assassiné par des conspirateurs. Tacite mourut de fièvre ou d'assassinat. Florien se fit ouvrir les veines. Probus fut tué par ses soldats. Carus fut tué par la foudre. Carin fut tué par un tribun de son armée. Numérien fut assassiné. Dioclétien mourut de langueur. Maxime Hercule s'étrangla lui-même. Constance Chlore mourut paisiblement. Galère mourut rongé d'ulcères, etc., etc.

Nous nous lassons de poursuivre cette hideuse nécrologie dont la moralité principale est que les plus grands personnages ont le moins de chances pour mourir en paix. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juin.

M. Amussat réclame la priorité de l'instrument présenté dans la séance dernière par M. Ségalas. Il avait imaginé et appliqué, dès 1825, le volant dont a parlé M. Ségalas, et il l'avait fait graver en 1827 dans le *Journal des Progrès*. Déjà aussi il avait fait corriger par la charnière, les inconvéniens de la vis latérale. Il est le seul qui jusqu'à ce jour ait fait usage de cet instrument. Enfin, selon lui, M. Ségalas n'a fait qu'en alonger un peu la tige et à en modifier un peu le mécanisme, de manière à le rendre propre à-la-fois au broiement et à la percussion. M. le président lit une note de M. Leroy, d'Etioles, qui réclame pour M. Touzet, jeune médecin français, maintenant en Amérique, la priorité des instrumens destinés à briser à volonté les calculs vésicaux par la pression ou la percussion.

PRIX DE L'ACADÉMIE A DÉCERNER EN 1835.

Sur la proposition d'une commission dont M. Cornac est l'organe, après discussion, l'Académie arrête: 1° pour sujet d'un prix qu'elle décernera en 1835, la question suivante: *Faire l'histoire des collections purulentes qui se manifestent à la suite des opérations chirurgicales; indiquer leur traitement.* 2° Pour sujet d'un autre prix, en exécution des intentions de feu M. Portal, à décerner aussi en 1835, la question suivante: *Faire l'histoire anatomico-pathologique du ramollissement des tissus.*

Séance du 2 juillet.

M. le docteur Poujol, de Montpellier, donne dans une lettre des détails sur une femme chez laquelle il n'existe aucuns battemens artériels dans toute l'étendue du membre thoracique droit, ni au poignet ni au pli du bras, ni dans le creux de l'aisselle; et cependant ce bras est aussi bien conformé que le gauche; la chaleur et la sensibilité y sont les mêmes. Cette femme dit que seulement dans les froids rigoureux de l'hiver, elle éprouve dans le petit doigt de cette main un engourdissement et un sentiment de fraîcheur qui gagnent de proche en proche les autres doigts. Elle attribue cette absence de tout battement artériel dans son bras droit, à un violent coup de pierre qu'elle reçut sur le coude à l'âge de dix à douze ans; du moins avant cette époque son pouls était également sensible dans les deux bras.

INSTRUMENT LITHOTRITEUR.

M. Ségalas répond aux deux réclamations qui ont été faites dans la séance précédente, par MM. Leroy d'Etiolles, et Amussat. Il oppose à l'un, que l'instrument inventé par M. Touzet n'a pas été publié, et ne lui paraît pas propre à opérer la pression et la percussion sans préparation intermédiaire. Il oppose au second, qu'il n'a jamais prétendu s'approprier l'invention du volant, qu'il l'a seulement adapté à son instrument, de manière qu'on puisse, sans le démonter, faire succéder à volonté la pression à la percussion, et *vice versâ*. Ceci ne pouvait être obtenu avec aucun des instrumens inventés par M. Amussat.

M. Amussat soutient qu'il est le premier inventeur des instrumens lithotriteurs dans lesquels l'action de la vis est concentrique à la tige qu'elle fait mouvoir.

LUXATION CONGÉNITALE DU FÉMUR.

MÉMOIRE DE M. HUMBERT, DU DÉPARTEMENT DE LA MEUSE.

M. le secrétaire donne lecture de plusieurs fragmens de de ce mémoire, dans lequel M. Humbert prouve la convenance d'employer dans les luxations spontanées du fémur, les mêmes moyens mécaniques que dans les autres luxations coxo-fémorales. Cinq observations détaillées attestent les succès qu'il a obtenus. Dans une de ces observations, il s'agissait d'une petite fille de huit ans et demi qui, dans la station debout, présentait: 1° une convexité antérieure du rachis formée par les vertèbres lombaires et les trois dernières dorsales; 2° une dislocation des deux articulations coxofémorales, telle que les deux têtes des fémurs sorties de leurs cavités, et remontées derrière l'os des îles, faisaient de chaque côté du bassin une saillie considérable. Dans la position horizontale, la courbure s'effaçait, les têtes des fémurs descendaient et se plaçaient avec bruit dans leurs cavités; le bassin seul conservait sa position vicieuse. Il en était de même quand on suspendait cet enfant sous les bras. Au moyen d'appareils convenables, M. Humbert a guéri cet enfant en dix-neuf mois. Nous reviendrons sur ce mémoire lors du rapport qui sera fait par

les commissaires de l'Académie, MM. Double, Thillaye, Nacquart, Lisfranc et Breschet.

TÉTANOS TRAUMATIQUE.

Observation communiquée par M. Lepelletier de la Sarthe.

Un jeune garçon de 15 ans, d'une mauvaise constitution, porte un large ulcère chancreux au talon gauche, contre lequel on croit devoir recourir à l'amputation de la jambe faite au lieu d'élection. Les trois premiers jours se passent sans accidens. La réunion par première intention est effectuée dans une assez grande étendue; seulement une plus grande sensibilité du membre, et quelques mouvemens convulsifs dans le moignon, font redouter l'invasion du tétanos traumatique. En effet, le sixième jour le malade est atteint d'un trismus, et peu après tous les muscles inspirateurs sont envahis. En vain cinq à six saignées sont pratiquées; le mal gagne les extenseurs des membres thoraciques, et le malade périt le 8e jour après l'amputation. *Autopsie*. En dehors du moignon, sur la tête du péroné, il y avait un petit foyer purulent; traces d'inflammation dans toute le voisinage; le nerf sciatique, à son passage dans ce point, est tellement injecté, qu'il est couleur rouge foncée, et cette altération remonte vers l'articulation coxo-fémorale dans une étendue de 8 à 10 pouces. M. Lepelletier signale là une inflammation névrilématique, qu'il présente comme l'origine locale du tétanos général. La moelle rachidienne présente en effet une semblable injection de la pie-mère, mais seulement dans la portion qui répond aux points d'origine des nerfs qui ont ressenti l'influence directe de la lésion traumatique, et qui donnent le sentiment et la faculté motrice aux muscles qui ont été envahis par le tétanos. M. Lepelletier, dans cette observation, trouve la confirmation d'une opinion qu'il a émise, savoir, que le tétanos traumatique est le résultat d'une inflammation névrilématique.

Séance publique du 9 juillet.

Cette séance a eu lieu dans la salle des séances publiques de l'Institut. On y a annoncé pour sujets de prix à décerner en 1834 et 1835, les quatre questions que nous avons fait connaître dans nos comptes rendus du mois de juin. De plus, trois lectures principales y ont été faites. 1° Un mémoire de M. le docteur Marc, président de l'Académie, intitulé: *De la monomanie dans ses rapports avec la médecine-légale*. C'est M. le docteur Husson qui a lu ce mémoire au nom de son auteur, M. Marc. L'existence de la monomanie y est admise, contre l'opinion de plusieurs magistrats et jurisconsultes célèbres; et parmi les exemples qu'on en cite, plusieurs avaient été repoussés comme tels par les tribunaux, et avaient été considérés et punis comme actes criminels, c'est à dire, comme ayant été accomplis avec intelligence et liberté 2° Un mémoire de M. le docteur Réveillé-Parise, intitulé: *Considérations médico-philosophiques sur ce mot d'Aristote; que la plupart des hommes célèbres sont atteints de mélancôlie*. La pensée dominante de ce travail est que les hommes célèbres ne doivent de l'être qu'à une plus grande activité et susceptibilité de leur système nerveux, soit native, soit acquise; et qu'en même temps cette plus grande susceptibilité et sensibilité nerveuse dispose les individus qui les possèdent à ce désappointement, à ce découragement moral qui constitue la mélancolie. M. Réveillé-Parise cherche d'abord à prouver sa thèse rationnellement et *à priori*; puis il cite de nombreux exemples dans les temps anciens et présens, pour la justifier par des faits. 3° Enfin, la troisième lecture a été l'éloge de Georges Cuvier, par le secrétaire-perpétuel; éloge dans lequel M. Pariset n'a été ni au-dessous du grand homme dont il avait à faire connaître les grands travaux, ni au-dessous de lui-même. Ces trois lectures, tout académiques, se refusent à la laconique analyse qui nous est permise dans notre Bulletin, et nous renvoyons pour elles à la publication qui en sera faite dans le prochain fascicule des *Mémoires de l'Académie*.

Séance du 16 juillet.

Sanction par le roi de la nomination de M. Sanson aîné, à la place de membre titulaire de l'Académie, section ou classe de pathologie externe.

EAUX MINÉRALES DE CAUTERETS.

Il existe à Cauterets deux sources d'eaux minérales excellentes, mais presque hors d'usage par leur situation élevée, par le défaut de construction et par la difficulté d'y aborder. Pour les utiliser, deux projets ont été présentés au gouvernement: 1° l'un d'une commission locale, qui serait de faire descendre ces eaux au bas de la montagne, et de les mettre à l'usage des baigneurs par des constructions convenables; 2° l'autre, de M. le docteur Baron, inspecteur des eaux de Cauterets, qui propose de ne pas déplacer ces eaux, mais de faire sur place les constructions nécessaires, et d'y faire arriver les baigneurs par un chemin nouveau, commode et sûr. Le ministre des travaux publics et du commerce, incertain sur celui de ces deux projets qui mérite la préférence, consulte l'Académie; et la commission des eaux minérales, par l'organe de M. Louyer Villermay, appuie la proposition de M. le docteur Baron. MM. Lerminier et Castel parlent dans le sens de la commission; celui-ci avance que toute eau minérale déplacée perd de son calorique et de ses propriétés. MM. Esquirol et Chevallier, au contraire, non-seulement nient ce dernier fait, si les tuyaux de conduite sont en bois, mais encore prouvent qu'il y aura plus d'avantage à amener les eaux au moins à mi côte. Ils craignent que la source ne soit jamais visitée par les baigneurs à cause de la difficulté de

ses abords. Après discussion, l'Académie adopte le rapport de la commission et les conclusions de ce rapport.

—

VACCINE.

M. le ministre, par lettre du 18 avril, avait demandé si l'Académie pouvait approvisionner de vaccin tous les dépôts des départemens: il demandait de plus une courte instruction sur les moyens de se procurer et de conserver une quantité suffisante de ce fluide. M. Gérardin, au nom de la commission de vaccine, propose la mise à exécution des mesures prises autrefois par le ministre Chaptal et M. de Lezai Marnésia, préfet du Bas-Rhin; il renvoie en outre à l'instruction publiée en 1830, par l'Académie. M. Bousquet veut qu'on ajoute, à la réponse au ministre, ce détail de plus: quand on remplit de vaccin les tubes, toujours il s'y glisse un peu d'air qui, à la longue, décompose le virus; pour prévenir cette altération, il faut achever de remplir les tubes avec de l'eau, laquelle ne modifie en rien le vaccin.

—

AVORTEMENT.

M. Taxil, médecin à Brest, donne lecture de l'observation suivante: Une dame, déjà mère de trois enfans, le fait appeler avec un de ses confrères, pour conjurer, s'il est possible, une fausse couche qui se renouvelait chez elle pour la troisième fois depuis quinze mois. Malgré leurs soins, l'avortement a lieu; l'œuf abortif sort en son entier, et l'on trouve que le cordon ombilical fait trois tours autour du col de l'enfant, qui en est serré au point de n'avoir pas deux lignes d'épaisseur. Évidemment, cette disposition du cordon a intercepté toute circulation de la mère à l'enfant; et le sang a reflué vers le placenta, dont la masse est très-volumineuse relativement à l'enfant. M. Taxil remarque que l'entortillement du cordon autour du col de l'enfant n'avait pas été signalé encore à une époque aussi peu avancée de la grossesse. Il se demande si cet entortillement n'a pas été la cause de l'avortement. Il s'étonne enfin que le corps de l'enfant ait présenté un développement convenable, bien que certainement toute circulation fût impossible en lui, par suite de la striction exercée sur le cou. Commissaires pour faire un rapport sur cette observation, MM. Danyau et P. Dubois.

Séance du 23 juillet.

—

CHOLÉRA-MORBUS.

M. Kéraudren communique une lettre de M. Guibert, chirurgien-major de la frégate la *Melpomène*, relative aux ravages qu'exerça le choléra sur l'équipage de cette frégate, par suite de la station devant Lisbonne, et pendant son trajet de Lisbonne à Toulon. Il est établi dans cette lettre que la frégate stationnait impunément dans le Tage depuis trois mois, bien que le choléra fût depuis ce temps à Lisbonne. Le 30 juin, tout l'équipage était brillant de santé. Tout-à-coup le mal éclate; il tue en quelques heures, et beaucoup d'hommes en sont frappés. On se hâte de débarquer les malades pour les traiter à terre, et la frégate appareille et fuit le 3 juillet. Malheureusement ce fléau la suit, et dès le 5 il y avait à bord trente-deux nouveaux malades. Le 7 cependant on commença à remarquer une diminution dans la gravité des symptômes et la rapidité de la marche de la maladie. M. Guibert pense que le mal a sévi sur la frégate par la même cause inconnue qui lui a fait désoler Lisbonne. Pour les premiers malades, pas de prodrômes, pas de degrés dans la maladie, mort en peu d'heures: évacuations abondantes et répétées, refroidissement des extrémités et de la face, absence de tous les phénomènes appréciables de la circulation, cyanose, sueurs visqueuses, aphonie, crampes des plus douloureuses dans les membres, dans les muscles de l'abdomen, des lombes, du thorax, dans le diaphragme lui-même; tels ont été les principaux symptômes. Il y avait mort rapide ou retour prompt à la santé, sinon que le malade conservait longtemps une faiblesse générale et de la difficulté dans les digestions; quelquefois aussi conversion en une fièvre typhoïde, si la réaction n'a pas été franche, ou si l'on a abusé de la médication excitante intérieure.

—

REMÈDES SECRETS.

M. Collineau, au nom de la commission des remèdes secrets, fait adopter le rejet des remèdes secrets suivans: 1° *une liqueur pour rafraîchir la bouche, fortifier les gencives et enlever la douleur de dents*, du sieur Villain, de Paris. 2° *Une pommade* du même, appelée le *trésor de la peau*. 3° Une huile *pour fortifier les cheveux et retarder leur chute*, par le même. 4° Des *pastilles*, par le même encore, et qui ne sont que les pastilles alcalines de M. Darcet. 5° Un sirop dit *lénitif pectoral*, de M. Flou, pharmacien à Paris. 6° Un remède de Mme Flotard, *contre l'épilepsie*, consistant en une amulette portée sur le creux de l'estomac. 7° Une *eau* de la dame Buck, de Paris, contre les maux d'yeux. 8° Un remède de M. Coindreau, médecin à Chevonceaux (Charente-Inférieure), contre la rage, consistant en une amulette dans laquelle on fait entrer les écailles calcinées et pulvérisées d'un mollusque. 9° Une *eau hygiénique* de M. Fragier, de Saint-Michel (département du Loiret), contre les affections nerveuses.

—

ANGINE COUENNEUSE.

M. Bourgeois, au nom d'une commission, fait un rapport sur un mémoire de M. Gendron, de Château-Renault, intitulé: *Angine couenneuse et son traitement*. Selon

M. Gendron, l'angine couenneuse et le croup sont deux affections qui ont la plus grande analogie, et qui ne diffèrent que par l'étendue des pseudo-membranes. La première lui paraît être essentiellement inflammatoire, du moins il s'est toujours bien trouvé de l'avoir combattue à son début par des applications de sangsues au col. Cependant, ce moyen ne convient plus à la seconde période du mal, et quand se montrent dans l'arrière-gorge des concrétions bien formées; alors la seule voie de salut consiste dans une cautérisation prompte et complète avec le nitrate d'argent. Le plus ordinairement ce moyen fait aussitôt éclaircir le timbre rauque et voilé de la voix, ce qui est dû à la destruction subite des fausses membranes: il est surtout réclamé dans les cas où ces fausses membranes sont dures et très-résistantes. M. le rapporteur, à l'emploi du nitrate d'argent, préfère pour cette cautérisation les acides minéraux, l'acide hydrochlorique spécialement, quand les fausses membranes sont mollasses, diffluentes, baignent dans une sérosité abondante, et s'accompagnent d'un stillicidium sanguinolent. M. Gendron pratique cette opération, tantôt avec une solution imbibée de nitrate d'argent, tantôt avec du nitrate d'argent solide que supporte un porte-crayon. M. le rapporteur croit ce dernier mode d'une exécution difficile, et il lui reproche en outre d'exposer à ce qu'un fragment de pierre infernale tombe dans les voies aériennes ou digestives, ce qui serait mortel. Il reconnaît du reste, comme fondée, la réclamation de M. le docteur Gendron, qui se présente comme ayant employé le premier la cautérisation du nitrate d'argent dans les angines couenneuses. Après avoir entendu M. Castel, qui s'élève contre cette pratique, qu'il juge inutile et même dangereuse, et M. Lodibert qui rappelle qu'un médecin italien employait il y a long-temps dans les cas analogues, un mélange de sucre, de gomme et de nitrate d'argent, l'Académie adopte le rapport de MM. Bourgeois, Bricheteau et Jadelot.

DIFFÉRENCES

DES VIRUS BLENNORRHAGIQUE ET SYPHILITIQUE.

—

Mémoire de M. Sauvarn, médecin des hôpitaux de Varsovie.

M. Chervin donne lecture de ce mémoire sur lequel nous reviendrons lors du rapport que feront sur lui MM. Breschet, Cullerier et Lagneau.

A quatre heures et demie, l'Académie est entrée en comité secret. On dit que le but de ce comité secret était de discuter la proposition faite par le Conseil d'administration, d'adopter un costume, à l'instar des autres Sociétés savantes entretenues aux frais de l'État.

—

SOCIÉTÉ DE MÉDÉCINE.

—

COMPTE RENDU OFFICIEL DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

—

Fistule du thorax. — Ossification de la plèvre. — Aconit dans les névralgies. — Extraits médicinaux. — Eaux distillées. — Vomitif dans les fièvres bilieuses. — Adynamiques. — Constitutions médicales. — Fièvres intermittentes.

—

SÉANCE DU 7 JUIN 1833.

(PRÉSIDENCE DE M. SANSON.)

La société reçoit, 1° le journal de pharmacie (juin 1833); 2° le second volume du Traité des maladies de l'estomac, de l'intestin et du péritoine, par M. *Chardon;* 3° M. *Hennequin*, correspondant de la société, envoie, 1° un mémoire sur une épidémie de scarlatine, avec angine et colite: rapporteurs, MM. Burdin et Bourgeois; 2° mémoire sur les vaccinations de l'arrondissement de Mézières; rapporteurs; MM. Delens et Latour.

M. *Chailly* fait un rapport sur un ouvrage de M. Bonningue, intitulé: *esquisses de la vie.* L'ouvrage est déposé aux archives.

M. *Gasc* communique l'observation suivante:

Fistule de thorax; ossification dans la plèvre.

Becanière, âgé de 61 ans, officier de santé de première classe dans la marine, homme sec et irritable.

Entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 6 avril 1833, avec les symptômes d'une pleuro-pneumonie ancienne, plus marquée du côté droit que du côté gauche. Au-dessous du mamelon droit, on remarque une fistule qui paraît communiquer avec une foyer purulent profond. Le malade ne peut se tenir couché que sur le côté gauche, bien que le poumon et la plèvre de ce côté soient aussi évidemment atteints d'inflammation chronique. La toux est continuelle et paraît sèche, quoique le malade assure qu'il expectore, et que ses crachats sont avalés à mesure qu'ils s'échappent du larynx. Vers le 25 du mois du mai, la dyspnée devient plus fréquente et plus forte. Rien ne calme l'oppression, et le malade succombe le surlendemain, 25

A l'*ouverture du corps*, nous avons trouvé une adhérence assez considérable de la plèvre et du poumon du côté droit avec la plèvre costale correspondante. Tout près du trajet fistuleux dont nous venons de parler, existe dans le tissu de la plèvre pulmonaire une concrétion osseuse, rugueuse, de trois pouces de long sur un demi-pouce de large, renfermée dans une adhérence celluleuse du poumon. Cet organe, dans quelques endroits, était infiltré de pus, et dans d'autres était creusé par de vastes cavernes, dont la plus considérable correspondait à l'ouverture interne de la fistule.

Le poumon gauche ne présente que peu d'adhérence, mais il est également infiltré de sérosité et de pus.

Cœur petit. Foie granuleux. Les autres organes sont sains.

M. *Prus*, au sujet des observations de pleurésie avec épanchement sanguin, dont M. Gasc a fait mention dans des séances précédentes, dit que cet épanchement est assez fréquent dans la pleurésie des vieillards, et demande à M. *Gasc* s'il a observé quelques symptômes qui puissent caractériser cette espèce d'épanchement. M. Gasc répond qu'il n'a point observé de phénomènes particuliers.

M. *Delens* fait observer que l'ossification que M. Gasc place dans le tissu de la plèvre, s'était probablement développée sous cette membrane, c'est du moins ce qui résulte des observations pathologiques et de l'opinion des anatomistes modernes qui ne considèrent pas les membranes séreuses comme susceptibles de s'ossifier. MM. *Prus* et *Forget* parlent dans le même sens. M. Gasc persiste dans l'opinion que la plèvre elle même était ossifiée.

Sur le parallèle établi par M. *Forget* entre ces ossifications sous-séreuses et celles qui se développent sous la membrane interne des artères, M. *Prus* établit une différence pour celles-ci dont la membrane interne peut, dit il, s'épaissir, passer à l'état cartilagineux et même osseux. M. *Forget*, indépendamment de l'observation directe, s'appuie de l'opinion de physiologistes célèbres qui considèrent les séreuses et la membrane interne des artères comme non organisées, faisant l'office d'une sorte d'épiderme. MM. *Prus* et *Sanson* soutiennent que les séreuses sont organisées : le premier s'appuie sur ce qu'elles sont une modification du tissu cellulaire, à quoi M. *Forget* répond que selon Meckel, le tissu cellulaire lui-même n'est pas organisé. M. *Sanson* se fonde sur les lésions pathologiques, réseaux vasculaires, pseudo-membranes, granulations en grappes qui s'observent à la surface des séreuses et notamment du péritoine. MM. *Delens*, *Nacquart* et *Forget* répliquent que ces productions ne se développent pas dans le tissu des séreuses qu'on retrouve sous elles avec leurs caractères propres, et que ces produits des tissus sous-séreux peuvent se développer à travers la membrane séreuse.

M. *Prus* communique l'observation d'un vieillard affecté de névralgie sous-orbitaire, laquelle avait résisté à la plupart des traitemens usités. La mastication de racine de pyrèthre, exercée chaque jour pendant trois heures, provoquait une salivation qui procura du soulagement pendant quatre mois; mais l'affection s'étant manifestée de nouveau avec intensité, M. Prus, d'après le conseil de M. Roche, commença, il y a trois semaines, l'administration de l'extrait d'aconit, à la dose croissante d'un grain jusqu'à douze grains, en quatre pilules. Dès le surlendemain, le soulagement fut très-prononcé, et depuis quinze jours le malade mange et parle sans douleur et sans contorsions. Le douzième jour, le malade s'est plaint de chaleur avec douleur de tête, phénomènes qui ont disparu sous l'influence d'une saignée. Il prenait alors douze grains d'extrait.

M. *Roche* dit qu'appelé pour ces névralgies qui sont si fréquentes à Paris, et frappé du succès de l'aconit contre les rhumatismes du cuir chevelu, qui pour lui sont des névralgies, il résolut d'en essayer dans un cas de névralgie faciale, très-douloureuse et rebelle à tous les remèdes L'administration de l'aconit, à la dose d'un grain, uni à l'opium et à la thridace, procura, dès le premier jour, un soulagement merveilleux. Il est bon de noter que l'opium et la thridace administrés antérieurement étaient restés sans effet. M. Roche sachant combien cette préparation est ordinairement infidèle, avait fait prendre cet extrait d'aconit à la pharmacie de M. Boullay; et telle était son action qu'à la dose ci dessus, il provoquait des symptômes d'empoisonnement. Aujourd'hui M. Roche n'a plus recours à d'autres remèdes contre la névralgie faciale, et obtient en général du soulagement dans l'espace de quarante-huit heures.

M. *Merat* dit qu'en effet cet extrait, comme beaucoup d'autres, est très-infidèle; il faut, pour qu'il soit bon, que les pharmaciens, le fassent venir des pays de montagnes, l'aconit indigène qu'on emploie trop souvent étant sans vertu.

M. *Delens* appuie l'assertion de M. Mérat, ajoutant que lui-même et beaucoup d'autres médecins ont employé l'extrait d'aconit à la dose de trois grains jusqu'à un scrupule, sans en obtenir d'effet M. *Leroy d'Étiolles* dit avoir assisté aux expériences de M. Fouquier qui a donné sans effet jusqu'à cent dix grains, en débutant par soixante grains d'aconit pris à la pharmacie centrale. Ces faits, dit M. *Loiseleur-Deslongchamps*, ne cadrent guères avec les faits extraordinaires racontés par les auteurs. C'est ainsi qu'on rapporte qu'un berger ayant tenu quelque temps un bouquet d'aconit à la main, éprouva un engourdissement qui ne l'empêcha pas de danser avec une jeune fille, qui ressentit une impression semblable, et tous les deux furent trouvés morts le lendemain.

M. *Collineau* fait observer que la même infidélité d'action s'observe pour certaines eaux distillés. C'est ainsi que celle de laurier cerise se donne fréquemment à la dose d'une once, et dernièrement un pharmacien a refusé d'en donner un gros, craignant que ce ne fût une erreur du médecin.

M. *Mérat* dit qu'en effet les médicamens fournis dans les hôpitaux sont généralement mauvais; ce qui tient en partie à ce que les fournitures sont adjugées au rabais. L'aconit, par exemple, doit être pris dans les montagnes, et préparé à l'état frais, mais pour plus d'économie on emploie celui qu'on cultive dans les jardins. Quant à l'eau de laurier-cerise; il est encore vrai que M. Fouquier l'a administrée par pintes, sans effet bien sensible. M. *Delens* n'a pas une opinion plus favorable des remèdes fournis dans les hôpitaux. A l'égard de l'eau de laurier-cerise, il faut distinguer : celle qui est filtrée, transparente, est innocente, prise partout, et peut-être donnée par onces; il n'en est pas de même de celle qui est trouble, chargée d'huile qui constitue son principe actif.

M. *Loiseleur-Deslongchamps* assure que chez certains pharmaciens, même renommés, un même extrait tient lieu de tous. Il raconte qu'ayant prescrit sans effet, pendant long-temps, du suc de trèfle d'eau, il voulut s'assurer si la préparation était fidèle, et acquit la conviction que dans la pharmacie qui la fournissait, la plante n'existait pas, et n'était même pas connue; on y suppléait par des sucs de

bourrache, pissenlit, etc. Il ajoute que le célèbre Lamarck faisant usage d'extrait de ciguë, il découvrit que son pharmacien lui donnait comme tel de l'extrait de cerfeuil sauvage, qu'il prenait en conscience pour de la ciguë.

M. *Mérat* dit, qu'indépendamment du choix des substances, le mode de préparation est chose importante. Les extraits brûlés perdent de leurs vertus; la préparation à la vapeur est la plus avantageuse. M. Duméril n'emploie que de l'extrait de ciguë, que lui fournit un pharmacien étranger, lequel prépare cet extrait par évaporation, aux rayons du soleil; moyen excellent, dont on devrait généraliser l'usage. Revenant à l'eau de laurier-cerise, M. Mérat pense qu'elle doit être filtrée, autrement ce serait un poison. Quant aux eaux distillées aromatiques, on ne les filtre pas, cette opération devant les priver de leur arôme.

M. *Nacquart* administrait l'eau de laurier-cerise à la dose d'un gros, à une personne affectée de maladie du cœur. La potion ayant été prise dans une autre officine que celle du pharmacien ordinaire, il en résulta ces accidens toxiques, dont le plus remarquable était une cyanose, ayant la plus grande ressemblance avec celle du choléra. Un autre de ses malades usait d'extrait de ciguë, qu'il prenait, pour ainsi dire, par cuillerées; ayant voulu en user de même avec de l'extrait qu'on lui avait donné comme de bonne qualité, il s'ensuivit des symptômes de narcotisme alarmans. Les observations de Stork, ajoute M. Nacquart, ont été mal accueillies en France, à cause des doses minimes dont il faisait usage; mais on n'a pas tenu compte de la qualité des substances qu'employait cet habile et véridique expérimentateur.

M. *Sanson* rapporte qu'ayant usé dernièrement de belladone, pour préparer un œil à l'opération de la cataracte, il n'en obtint aucun effet, bien qu'elle eût été prise chez un pharmacien célèbre. Celle fournie par les hôpitaux est bien plus efficace.

M. *Nacquart* demande pourquoi de l'eau de fleur d'oranger, qu'il a reçue de Grasse, ne s'est pas troublée, même après quatre ans, bien qu'elle ait conservé son arôme. M. *Delens* répond que cette propriété tient à la préparation par laquelle on la prive du mucus qui trouble bientôt les eaux distillées, de qualités inférieures. L'arome ne trouble le liquide qu'en y formant des écailles qui déposent.

M. *Legras* rappelle que l'addition d'hydrochlorate de soude favorise le dégagement de l'arôme. M. *Delens* fait observer que cette addition n'est usitée que pour les eaux dont la distillation demande du feu; telle est celle de girofle.

Séance du 22 juin 1833.

—

Au sujet du procès-verbal de la dernière séance M. *Maingault* assure avoir rencontré des ossifications dans le tissu même de l'arachnoïde.

M. *Forget* fait un rapport verbal sur l'ouvrage de M. Chauffard intitulé: *Traité des inflammations internes, connues sous le nom de fièvres* et conclut à ce que des remerciemens soient adressés à l'auteur.

A l'occasion de ce rapport, M. *Nacquart* dit n'avoir jamais vu de fièvre bilieuse proprement dite, guérir aussi promptement qu'on l'a dit, par l'usage du vomitif. Il conçoit cette guérison lorsqu'il s'agit de simple embarras gastrique, et dans ces cas il fait ressortir la prééminence de l'ipécacuanha sur le tartre stibié, comme moins irritant.

M. *Prus* assure que la fièvre bilieuse, telle qu'elle est décrite par Pinel, guérit fort bien par le vomitif. M. *Mérat* dit que l'effet du vomitif est parfois instantané, et enlève le mal en quelques heures. M. *Collineau* parle dans le même sens, et rapporte un cas de fièvre bilieuse, durant depuis huit jours, qui fut subitement dissipée par l'emploi d'un vomitif. M. *Deslongchamps* éprouvait une angine avec embarras gastrique, contre laquelle la diète, les émolliens et les sangsues étaient restés impuissans; un vomitif procura la guérison instantanée.

M. *Deville* pense qu'il faut tenir compte de l'influence des temps et de ce qu'on appelle *constitutions médicales*. C'est ainsi qu'en 1812, les embarras gastriques avec fièvre qu'il observait à la Charité, guérissaient presque constamment par l'émétique. En 1816, ces mêmes affections ne cédaient plus au même remède.

M. *Roche* trouve qu'il convient de préciser mieux la question et de distinguer les cas où le vomitif est réellement indiqué. Dans la théorie de l'école de Pinel, le vomitif s'adressait à l'*état bilieux;* comme souvent on voyait succéder l'*adynamie*, on s'applaudissait alors de l'avoir dégagée de l'élément précédent. MM. *Deville* et *Collineau* insistent sur la réalité des changemens dans la constitution; car on ne peut révoquer en doute, par exemple, les succès de Stoll par l'émétique. M. *Delens* partage la même opinion, et pense que le vomitif convient dans la fièvre secondaire à l'embarras gastrique. Depuis trois ans, ajoute-t-il, les irritations franches sont moins fréquentes que dans la période antérieure; cette révolution fut marquée par la multiplicité des fièvres intermittentes; aujourd'hui l'embarras gastrique prédomine, et nous voyons le vomitif réussir très-bien contre la grippe. M. *Mérat* pense qu'à l'époque de Brown le quinquina jouissait d'une efficacité réelle, autrement l'expérience l'eût fait bannir. Déjà sous Pinel, le quinquina se montrait moins efficace, et son abus fortifiait la constitution adynamique.

M. *Roche* déclare qu'il ne croit pas aux prétendues *constitutions médicales*, dont il ne peut se rendre compte. Ce mot, dit-il, fut créé pour justifier certaines théories; ce sont les hommes et non les constitutions qui font les systèmes; les constitutions ne viennent qu'ensuite. C'est ainsi qu'on a prétendu justifier par un mot les théories de Stoll, de Brown, de Pinel et de Broussais. Sous Pinel l'adynamie n'était fréquente qu'à cause de la vogue des remèdes incendiaires, et c'est par la raison contraire qu'on l'observe moins aujourd'hui. M. *Deslongchamps* affirme qu'à l'époque de Pinel, les symptômes adynamiques, tels que l'affaissement, l'état fuligineux de la bouche, se dessinaient même avant qu'on eût employé aucun traitement. M. *Mérat* assure que Bosquillon, si prodigue des émissions

sanguines, observait tout autant d'adynamies que ses confrères. M. *Sanson* conteste cette dernière assertion.

M. *Nacquart* compare les constitutions aux changemens de climat; il ne pense pas que ce soit les vomitifs ou les toniques qui produisaient l'adynamie; il y a dans la nature de cette forme morbide quelque chose de spécifique. Il rapporte l'observation récente d'une jeune personne, qui, malgré l'emploi des émolliens et des antiphlogistiques, passa par l'état typhoïde, dans lequel elle succomba, sans avoir pris le moindre médicament tonique. La langue devint aussi aride, aussi noire, aussi gercée qu'à l'époque où, sous le règne de la doctrine de l'illustre auteur de la *Nosogrophie*, les malades usaient largement du vin, du camphre, du quinquina, etc.

M. *Gasc* dit qu'on peut appliquer aux constitutions ce qu'on observe pour les saisons, qui impriment un cachet particulier aux maladies. Il rapporte qu'observant une épidémie de fièvre intermittente, à Dantzick, en 1811, il fit usage de l'écorce de marronnier, et de l'arséniate de potasse, comme succédanés du quinquina. Eh bien! l'arsenic échoua contre les fièvres du printemps et réussit parfaitement contre celles d'automne. (Ces observations sont consignées dans le tome premier du *Journal complémentaire*.

M. *Collineau* dit que pour dépendre de causes inappréciables, les constitutions n'en existent pas moins, et se révèlent par elles-mêmes. Il n'est pas besoin d'expliquer, dit M. *Delens*, il suffit d'observer. Pourquoi les fièvres intermittentes, rares depuis quelques années, redeviennent-elles aujourd'hui plus fréquentes? Peut-on considérer, comme la fièvre adynamique d'autrefois, notre fièvre typhoïde d'aujourd'hui, et leur appliquer les mêmes considérations? La belladone, ajoute-t-il, qui long-temps m'a réussi contre la coqueluche, depuis environ trois ans ne montre plus d'efficacité dans le même cas. M. *Prus* fait observer qu'au sujet de la fièvre intermittente, il faut tenir compte de certaines circonstances: ainsi les fièvres intermittentes, si communes il y a cinq ans, provenaient pour la plupart des travaux du canal de Saint-Martin et de Belleville. M. *Deslongchamps* ajoute que les fièvres intermittentes étaient jadis très-fréquentes autour des fossés de la Bastille. M. *Deville* répond par d'autres faits; c'est ainsi, qu'il y a quelques années, un canal considérable de la ville d'Arles ayant nécessité le curage, cette opération qu'on redoutait, et qui ne pouvait être faite qu'en été, à cause de la diminution des eaux, cette opération fut effectuée sans qu'il se manifestât de fièvres intermittentes. La même innocuité fut observée relativement au curage d'un autre canal à Tarascon. La suffisance des miasmes est donc au moins sujette à controverse. M. *Chailly* fait observer à l'appui, que pendant douze ans les fièvres intermittentes furent fréquentes à Paris et aux environs, sans qu'on pût en accuser des travaux le canalisation, car elles sévissaient même dans les lieux réputés les plus sains et les mieux aérés. Il conclut en admettant la réalité des constitutions.

Quoi qu'il en soit, M. *Prus* ne doute pas que les vomitifs et le quinquina ne puissent déterminer l'adynamie. Cet état s'observe aujourd'hui moins fréquemment à Bicêtre que du temps de Pinel, mais on l'y rencontre encore chez les vieillards et chez les individus cachectiques. Chez les premiers, on observe généralement un état de *subdelirium* tout particulier; les ulcérations intestinales sont assez fréquentes.

Le secrétaire particulier,
FORGET.

Le secrétaire général,
NACQUART.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

—

SÉANCE DU 3 JUILLET 1833.

PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

(Extrait communiqué.)

La séance est ouverte à 8 heures. On donne lecture du procès-verbal de la dernière séance; il est adopté.

— *Correspondance écrite et imprimée*, Lettre de M. le docteur Chardon, médecin à Lyon, qui envoie un ouvrage imprimé (*Pathologie de l'estomac, des intestins et du péritoine*).

— M. Guérard adresse le prospectus d'un journal (*Le Bibliologue*).

M. Louis Sauran, médecin polonais, demande, par une lettre adressée à M. le président, le titre de membre correspondant de la société. MM. Bricheteau et Londe sont chargés de faire un rapport sur ce candidat.

— M. Bricheteau dit avoir observé un bruit analogue au ronflement du jouet nommé diable chez une femme anévrysmatique du tronc cœliaque.

— M. Vassal rend compte de la séance de l'Académie de médecine.

M. Donné résume ce qui s'est passé aux dernières séances de l'institut, et à cette occasion il rétablit quelques faits physiologiques sur les indiens Charruas, faits mal vus et mal rendus par M. Virey, collaborateur au Dictionnaire de la conversation et de la lecture.

— M. Dubois, d'Amiens, demande à M. Donné quelques explications au sujet du dernier mémoire de M. Geoffroy-Saint Hilaire sur les glandes mammaires. Il est interrompu par M. le président, qui redoute une discussion et qui n'en veut pas. On fait observer à M. le président qu'il ne s'agit pas d'attaquer M. le commissaire près l'institut, qu'on ne le regarde pas comme solidaire de ce qu'il rapporte, mais qu'on lui demande quelques développemens.

M. Voisin lit un rapport très-favorable sur M. Lepelletier, du Mans, qui avait demandé à faire partie de la société. Ce rapport est soumis à une discussion. Toutefois, sur l'observation de M. le président, qu'il faut être *très-bref*, M. Donné renonce à la parole.

M. Vidal commence par faire remarquer que ces observations n'ont pas pour but d'influencer ses collègues relativement à l'admission de M. Lepelletier; qu'il désire seulement savoir de M. le rapporteur si M. Lepelletier a

introduit un fait, à lui, dans la science, s'il est à sa connaissance que M. Lepelletier ait fait une découverte quelconque en physiologie.

M. le rapporteur répond qu'il n'est pas entré suffisamment dans l'analyse des faits pour pouvoir satisfaire M. Vidal.

M. Dubois, d'Amiens, tout en rendant justice à M. Lepelletier, n'admet pas ses idées en fait de vitalisme. Sous ce rapport, M. Lepelletier lui paraît en arrière d'une quinzaine d'années. Il ajoute que cet auteur en est encore au principal vital, etc.

M. Dezeimeris demande la parole pour ramener, dit-il, la discussion sur son véritable terrain. Il ne veut pas qu'on discute les opinions d'un candidat, même lorsqu'un rapporteur les a préconisées. Il veut qu'on apprécie seulement son aptitude à faire partie ou non de la société, et à cette occasion il fait à M. Lepelletier l'honneur de comparer son livre aux immortels travaux de Haller.

— M. Dubois, d'Amiens, lit un rapport sur les titres de M. Alfaro, de Carthagène. Ce candidat est espagnol; c'est un des élèves les plus distingués de la faculté de Paris; il y a remporté le prix d'honneur, et il est auteur d'une thèse fort remarquable sur plusieurs points de médecine et de chirurgie. Le rapporteur conclut à admettre M. Alfaro au nombre des membres correspondans de la société. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Donné propose de réunir la société une fois par semaine. Cette proposition est renvoyée au conseil d'administration.

M. Velpeau dépose un mémoire de M. Mayor, de Genève, sur l'amputation dans les fractures compliquées du fémur.

— M. Vidal fait part à la société de plusieurs opérations qu'il a eu occasion de pratiquer tout récemment :

1° Un cas d'hydrocèle avec hernie inguinale;

2° Hydrocèle affectant une forme toute particulière;

3° L'amputation d'un orteil;

4° Une résection des amygdales.

Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une cantatrice qui, de *soprano*, craignait de devenir *contralto*, suivant la théorie d'un médecin étranger. Mais la cantatrice est sortie de cette opération doublement *soprano*.

Enfin M. Vidal consulte la société sur l'urgence d'opérer ou non une fistule à l'anus chez un individu soupçonné tuberculeux.

La séance est levée à 10 heures.

BULLETIN

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

—

Extrait du procès verbal.

(Présidence de M. Paget.)

SÉANCE DU 5 JUIN.

M. Soubeiran annonce, à l'occasion du procès verbal, qu'il a employé avec le plus grand succès, pour préparer les teintures éthérées, la méthode proposée par MM. Boullay, père et fils, dans la précédente séance; il s'est servi de l'appareil dont M. Robiquet et Boutron ont fait usage dans leur analyse des amandes amères :

500 gr. d'éther, mis à digérer sur 4 onces de poudre de digitale, lui ont fourni 450 gr. de teinture éthérée.

La Société reçoit :

1° Une lettre de M. Cedié, accusant réception du diplôme de correspondant.

2° Une lettre de M. Williams Gregory d'Edimbourg. M. Williams y manifeste le désir d'obtenir pour lui, ainsi que pour son élève M. Roberston, le titre de membre correspondant.

3° Un mémoire manuscrit de M. Lherminier, pharmacien à la Guadeloupe, contenant les résultats de l'analyse du bois jaune des montagnes du pays. (Renvoyé à la Commission de rédaction.)

La correspondance imprimée se compose :

1° D'un numéro de la Gazette Éclectique. (M. Chereau, rapporteur.)

2° D'un prospectus de la Bibliothèque du Chimiste, que va publier M. Longchamp.

3° Du numéro de juin du Journal de Pharmacie.

4° Du précis analytique des travaux de la Société académique des sciences de Rouen pendant l'année 1832. (M. Moutillard, rapporteur.)

5° D'une thèse de M. Fée, ayant pour titre : Examen de la théorie des rapports botanico-chimiques. (M. Chereau est prié de vouloir bien en faire un rapport.)

L'ordre du jour appelle les rapports des commissions près les Sociétés savantes. M. Bussy, commissaire près l'Académie des sciences, est absent.

M. Lodibert, commissaire près l'Académie de médecine, donne lecture de la note ci-jointe :

M. Lodibert cite le rapport présenté par M. Pelletier au nom d'une commission chargée de reconnaître si l'arsenic blanc qui serait employé dans la fabrication du verre, ainsi qu'il le serait, d'après un médecin de Lyon, dans les verreries de la Bohême, peut, dans des recherches analytiques entreprises pour éclairer la justice, se montrer à l'état métallique sur des tubes de verre, et exposer ainsi à de funestes erreurs les jurés, en leur faisant déclarer coupables d'empoisonnement des accusés qui seraient innocens. M. le rapporteur donne connaissance des travaux intéressans de cette commission, auxquels M. Chevallier et lui ont pris la plus grande part. La conclusion de la commission a été négative. Elle a été admise par l'Académie, qui, dans cette grave question médicale, était consultée par M. le ministre de la justice garde des sceaux.

La parole est ensuite donnée à M. Garot, pour un rapport sur un mémoire présenté par M. Fleurot, pharmacien à Dijon relatif à l'examen physique du Sophora du Japon. Le rapporteur conclut au renvoi à la commission des travaux de la Société, et demande pour son auteur le titre de membre correspondant. Ces deux propositions sont accueillies, et M. Guiart père est chargé du rapport d'admission.

Sur la proposition d'un de ses membres, la Société décide en outre que le rapport de M. Garot sera imprimé par extrait à la suite du mémoire qui lui a donné lieu.

M. Vallet communique à la Société un extrait de plusieurs mémoires publiés dans les journaux allemands.

M. Pelouze donne lecture d'un passage d'une lettre à lui adressée par M. Woelher. Ce passage renferme la description d'un nouveau procédé de préparation du caméléon minéral.

M. Corriol lit une note destinée à rectifier quelques erreurs par lui commises en décrivant les propriétés de l'acide dont il a reconnu la présence dans la noix vomique. L'auteur avait d'abord considéré cet acide comme étant de nature particulière; mais il a depuis reconnu qu'il ne différait pas de l'acide zumique, après s'être assuré que plusieurs des caractères attribués par M. Braconnot à ce dernier acide n'avaient point été parfaitement décrits. M. Corriol s'est d'ailleurs contenté de constater l'identité parfaite des deux acides, sans pousser plus loin leur étude, en apprenant que MM. Pelouze et Jules Gay-Lussac avaient presque entièrement terminé un travail complet sur l'acide zumique ou acide lactique de quelques chimistes.

M. Eugène Dubail présente à la Société plusieurs fragmens d'écorce de copalchi (*croton suberosum*), que l'on vend dans le commerce pour de la cascarille.

Cette écorce, que son aspect extérieur rapproche beaucoup de l'écorce à laquelle on la substitue, est ordinairement en morceaux volumineux, roulés, gros comme le pouce et longs de 1 à 2 pieds.

Sa saveur est moins amère, moins aromatique et plus mucilagineuse; elle ne répand que faiblement, lorsqu'on la brûle, l'odeur agréable que répand alors la cascarille.

Le même membre remet sur le bureau un échantillon d'acide oxalique, dans lequel il a trouvé du sulfate de magnésie.

M. Robiquet rappelle à ce sujet que l'acide oxalique qu'on importe depuis quelques années d'Angleterre contient presque toujours, outre le sulfate de magnésie, du phosphate de chaux. Ces sels, et surtout le premier, rendent extrêmement difficile la préparation des différens oxalates, et plus particulièrement celle de l'oxalate d'ammoniaque qu'on ne peut faire cristalliser.

M. Pelouze ajoute qu'ayant eu récemment l'occasion de calciner une grande quantité d'acide oxalique pour préparer de l'acide formique, il observa un résidu de bi-sulfate de potasse formant le quart environ du poids de l'acide employé.

M. Guibourt lit un rapport d'admission sur M. Gay, pharmacien à Montpellier.

On procède au scrutin pour cette nomination et pour celle de MM. Gregory et Roberston, dont la candidature, appuyée par M. Robiquet, n'est, aux termes des réglemens de la Société, l'objet d'aucun rapport particulier.

M. Gay est admis, à l'unanimité, membre correspondant.

MM. Gregory et Roberston sont également admis à l'unanimité membres correspondans étrangers.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés, dans la table, par la lettre (*a*), ont été retranchés pour double emploi, ou comme objet d'intérêt local.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

Recherches médico-anatomiques sur une affection catarrhale épidémique très-grave, par M. Dubreuil, professeur et doyen de la faculté de médecine de Montpellier. 1
Traitement de l'érysipèle de la face par les mouchetures. 3
Traitement de la syphilis par la décoction de Zittmann. 4
Considérations pratiques sur la cystotomie sus-pubienne; par M. le docteur Civiale, chirurgien de l'hôpital Necker. 5
De l'application du forceps dans les positions occipito-postérieures du sommet de la tête; par M. le professeur Capuron, membre de l'Académie de Médecine. 6
Nouveau mode de préparation de l'hydro-ferro-cyanate de quinine; par M. Duclou. 7
De l'utilité des bains à massage, et de leur importation en France; par M. le docteur Treille. 7
Des effets physiologiques du bain égyptien; par M. le docteur Deslandes. 8
Responsabilité médicale. — *Le médecin peut-il être légalement responsable de ses faits de pratique?* par M. le docteur Beaude. 9
Maladies de l'utérus — Du toucher considéré comme moyen diagnostique de ces maladies. (Leçon de M. le professeur Lisfrane, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié). Voy. Encycl. tom. XIII lett. I. p. 61.
Mélanges. — Anatomie et physiologie du thymus; coqueluche traitée par la vaccine. — Développement anormal du clitoris et des nymphes. — Sauvages charrues. — Effets délétères d'un brouillard sur tout une population. 11

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

Mémoire sur la variole ou dothineutanite. 1
De la rhinoplastie (2e article). Méthodes indiennes. 5
Observation de la ligature de l'artère iliaque externe, pratiquée à l'hôpital d'Abou-Zabel (Égypte), le 7 juillet 1828, par Clot, docteur en médecine et en chirurgie, etc. 11
Histoire moderne de la rhinoplastie. 13
Mémoire sur la morsure des ophidiens; par M. Emile Faneau de La Cour. 81
Observation d'une amputation dans l'articulation coxo-fémorale, pratiquée à l'hôpital d'Abou-Zabel (Égypte), le 10 novembre 1828, par Clot-Bey. 86
De la rhinoplastie (4e article), par M. le docteur Labbat. 88

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

Du Soufre, par le Dr Hartlaub, avec des remarques du Dr Peschier. 1
Observations sur la puissance pathogénétique du venin des serpens, par le Dr Hering. 10
Lettre sur l'étude de l'homœopathie; par le Dr Dessaix. 15
Thérapeutique. Maladies fébriles; par les Drs Gueyrard et Davet. 19
De l'homœopathicité; par le Dr Dufresne. 25
Fragment sur la guérison des fièvres intermittentes par le Dr Dessaix. 29

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Mémoires et Observations. — L. Sazie, interne des hôpitaux. — Mémoire sur la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil des plaies qui succèdent aux grandes opérations. (Fin.) 189
Ledain, D.-M. — Extrait d'un essai sur la topographie médicale du mont Saint-Michel. (*a*)
Médecine Étrangère. — Marshall-Hall. — Recherches expérimentales sur les effets de la perte de sang. 196
— Williams. — Morve chez l'homme. 200
— Recherches sur les causes de la mort après l'opération de la lithotomie. 201

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Revue des travaux de la Clinique chirurgicale de Montpellier, pour l'année 1832; service de M. le professeur Lallemant. 145
Ligature de l'artère carotide primitive; par M. Bernard. 150
Nouvelle théorie de la vision; par L.-A. Chaubard. 152
Observation sur une très grave altération de la moelle vertébrale; par M. Maisonneuve. 155
Mort subite — hémorrhagie entre la pie-mère et la substance du cerveau. — Cœur hypertrophié sans ossification, ni retrécissement. 157

F. TRANSACTIONS MÉDICALES.

Observation sur une oblitération de l'intestin grêle, chez un nouveau-né; par M. Duparcque. 113
De la compression *évaporante*, dans l'hydropisie articulaire; par M. Rognetta. 115
Observations de médecine : Baume de Copahu contre le tœnia; landanum contre les taches de la cornée; par M. Chauffard. 121
Revue des journaux italiens :
Annali Universali: Statistique médicale. — Pellagre. — Vaccine. — Voyages. — Fièvres intermittentes. — Ligature des artères. — Anévrysme. — Fièvre pétéchiale. — abcès du cerveau. *ibid.*

G. JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE.

Hôpital de la Charité. Clinique de M. Bouillaud. Résumé des cas de pneumonie observés dans ce service; par M. J. Pelletan. 179
Observation sur une restauration du nez; par M. Dupuytren. 183
Observation de méningo-encéphalite; par M. Papavoine. 184
Observation de choléra-morbus, sans déjections alvines; par M. Gaultier de Claubry. 187
Nouvelles recherches sur l'influence qu'exerce la circulation capillaire sur la circulation générale; par M. Pigeaux. 189
Mémoire sur la pneumonie lobulaire; par M. Burnet. 192
Tableau clinique des maladies observées à l'hôpital de la Charité, dans les salles de M. le prof. Bouillaud. Par M. Donné. Dernier article. 195

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Considérations sur quelques observations d'éclampsi ou convulsions des femmes pendant leur grossesse. 53
De l'emploi de la belladone contre les contractions nerveuses de l'utérus, celle du canal de l'urètre et de l'anneau inguinal. 36
Contractions utérines, occasionées par attouchemens et excitations; emploi de la belladone, accouchement. *ibid.*
Constitution nerveuse; accouchement prématuré; contraction du col de l'utérus, qui a cédé à l'emploi de la belladone. 37
Hernie étranglée; contraction nerveuse de l'anneau; réduction facile après l'introduction dans l'urètre d'une bougie enduite d'extrait de belladone. *ibid.*
Hernie étranglée; vomissemens; violentes douleurs qui ont cédé à l'emploi de la pommade de belladone; réduction facile. 38
Rétrécissement spasmodique de l'urètre dissipé par les frictions avec l'extrait de belladone. *ibid.*

I. GAZETTE MÉDICALE.

N° 54. 6 juillet. — Mémoire sur la pneumonie intermittente épidémique (1er art.); par M. Grifoulière. 393
Observation pour servir à l'histoire des maladies des sinus veineux de la dure-mère; par M. Etoc-Demazy. 396
Sur les luxations en avant de l'extrémité supérieure du Radius; par M. Rognetta. 398
N° 55. 13 juillet. — De l'influence comparative des principales eaux minérales de France dans l'état actuel de la santé publique. 400
Observation de rétention du placenta; par M. Porcher. (Voy. Encycl., tom. XI, lett. E, p. 144.)
Observation d'un accouchement laborieux; présentation des deux main et du pied droit; version difficile; métrite; guérison; par M. Dufour. 403
Observation d'un accouchement double, mort du 1er; par M. Dufour. 404
N° 56. 20 juillet. — De la transmission des médicamens dans l'économie animale par le moyen de l'électro-galvanisme. 405
Mémoire sur la pneumonie remittente épidémique (2me art.); par M. Grifoulière. 406
Leçons sur la cataracte congéniale; par M. Middlemore. (Voy. Encycl. tom. XI. lett. D, p. 185.)
N° 57. 27 juillet. — Mémoire sur les moyens de réduire les hernies compliquées d'étranglement; par le Dr. Ribes. 412

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

2 Juillet. N° 82. — Hôpital St.-Antoine (M. Bérard). Clinique des maladies des yeux. 283
Clinique de l'Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Hernie inguinale et congénitale; étranglement; Opération; guérison. 285
4 Juillet. N° 83. — Hôpital St-Antoine (M. Bérard). Clinique des maladies des yeux. 286
Leçons sur la migraine; par M. Andral. 288
6 Juillet. N° 84. — Hôpital des Enfans malades. (M. Guersent). Pleuro-pneumonie; emploi des émissions sanguines et de révulsifs; guérison. 289
Hôpital St.-Louis (MM. Richerand et Jobert.) Ophthalmie scrofuleuse; emploi des sétons aux tempes; guérison. 291
9 Juillet. N° 85. — Hôpital St.-Louis (MM. Richerand et Jobert) Contusion du gros orteil; gangrène; extirpation de la dernière phalange; guérison. 292
Clinique de l'Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Coup-de-pied de cheval; dilacération de la face dorsale de la main droite; désarticulation de l'auriculaire; guérison. 293
Leçons sur la migraine (suite); par M. Andral. *ibid.*
11 Juillet. N° 86. — Clinique de l'Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Plaie par déchirure; anévrisme faux consécutif; hémorrhagie; emploi du cautère actuel; guérison. 294
Hémorrhagie dans le bulbe rachidien; mort instantanée. (Voy. Encycl., tom. XI, lett. G, p. 167.)
13 Juillet N° 87. — Hôpital des Enfans malades (M. Baudelocque). Sur l'emploi des antimoniaux dans la pneumonie. 295
16 Juillet. N° 88. — Lithotripsie par percussion; par M. Heurteloup. 297
18 Juillet. N° 89. Hôpital St.-Antoine (M. Bérard). Clinique des maladies des yeux. 298
20 Juillet. N° 90. — Hôpital de la Pitié (M. Louis). Résumé de ses conférences cliniques. 299
Cliniques de l'Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Carie de l'articulation scapulo-humérale; amputation dans l'article; mort. 301
23 Juillet. N° 91. — Hôpital de la Charité (M. Dalmas). Abcès de la fosse iliaque; issue du pus par le cœcum et l'anus; guérison. 303
Lithotripsie par percussion (suite); par M. Heurteloup. 304
25 Juillet. N° 92. — Hôtel-Dieu (M. Petit). Surabondance insolite de liquide céphalo-spinal chez l'homme. 305
27 Juillet. N° 93. — Hôpital St.-Antoine (M. Bérard). Clinique des maladies des yeux. 306
30 Juillet. N° 94. — Hôpital des Vénériens (M. Ricord). Application du spéculum aux maladies de l'utérus. 308
Leçons sur les convulsions et leur traitement; par Andral. 309

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Quetelet. Recherches sur le poids de l'homme, aux différens âges. 117
D'Arcet, Huzard fils et Parent-Duchatelet. Rapport fait au conseil de Salubrité, sur les nouveaux procédés de MM. Salmon, Payen et Cie., pour la dessiccation des chevaux morts et la désinfection instantanée des matières fécales, précédé de quelques considérations sur les voiries de la ville de Paris. 123
Parent-Duchatelet. Rapport fait au conseil de salubrité sur les inconvéniens que présente le battage des tapis. 126

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'empirisme et du rationalisme, par rapport à la thérapeutique. 165
De la coqueluche et de son traitement; par M. Sandras. 166
Du traitement de l'érysipèle, considéré dans ses principales variétés; par M. Sabatier. 168
Coup-d'œil sur la lithotritie: procédés de MM. Civiale, Leroy, Amussat, Pravaz, Benvenuti, Rigal, Segalas; par M. Tavernier. 170
Correspondance médicale. — De l'utilité des frictions mercurielles dans le gonflement des paupières chez les varioleux; par M. J. Ferrier. 174
Sur l'emploi du sous-nitrate de Bismuth dans la diarrhée; par M. Archambault. 175
De l'influence de la médecine sur la population; par M. Bousquet. *ibid.*
De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement des maladies de l'estomac. 178
Modification dans le procédé opératoire du phimosis. 180
Sur le protochlorure de mercure à la vapeur; par M. Boutigny d'Évreux. *ibid.*
Note sur l'emploi du chlorure de chaux en pommade dans le traitement de la gale; par M. Hospital, docteur-médecin, à Saint-Germain-l'Herm (Puy-de-Dôme). 181

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

Notice sur les lignites du département des Pyrénées-Orientales; par M. Farines. 91
Note relative à l'action de la magnésie décarbonatée sur le principe odorant de la valériane, à l'occasion d'une

mixture dont cette racine et le quinquina faisaient partie ; par M. Planche. 92
Extrait des Journaux allemands ; par A.-G. Vallet. 93
De la structure et des usage nutritifs des racines tuberculeuses du *cyperus esculentus*, par M. J.-J. Virey. 96
Sur un acide obtenu de la noix vomique ; par M. Corriol. (Voy. Encycl. tom. VIII, lett. M, p. 43.)
Notes communiquées à la Société de Pharmacie, par M. l'Herminier. 96
Procédé pour faire le manganésiate de potasse, extrait d'une lettre de M. Wolher à M. Pelouze. 97
Sur l'esprit de bois ; par J. Liebig. 98

IV. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

De l'influence des bains de rivière sur l'urine ; par M. J. Braconnot. 59
Quelques mots sur la Cusparine ; par M. Saladin. 60
Expériences de M. Biot sur la sève. 61
Mémoire relatif à l'action des différens acides sur le sucre, la dextrine, le sucre de lait et la mannite ; par M. Persoz. 64
Expériences relatives à l'action de l'émétique (surtartrate de potasse antimonié), sur les animaux ruminans ; par M. Flourens. (Voy. Encycl., tom. VIII, lettr. I, pag. 169.)
Extrait d'un mémoire sur un nouveau procédé pour obtenir l'acide iodique ; par M. Grosourdy. 65
Note sur un phénomène que présente la congélation de l'eau par l'éther. 66
Existence de la morphine dans les semences de pavot. *ibid.*
Encre indélébile, par M. Dumoulin. *ibid.*